الاضطرابات النمائية

و النفسية والأكاديمية للأطفال

الخوف المرضي لدى الأطفال

(التدخل والعلاج)

تأليف

الأستاذ الدكتور

مراد على عيسى سعـــد

الأستاذ الدكتور

سمير عطيــه المعـراج

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دار الجديد للنشر والتوزيع

١٥٥.٤ **المعراج ، سمير عطية .**
ا . س
الاضطرابات النمائية والنفسية والأكاديمية للأطفال : الخوف المرضي لدى الأطفال (التدخل والعلاج) / سمير عطية المعراج ، مراد علي عيسى سعد، .-ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دار الجديد للنشر والتوزيع.
١٣٦ ص ؛ ١٧.٥ × ٢٤.٥سم .
تدمك : ٩٧٨ – ٩٧٧ – ٣٠٨ – ٧٠٢ - ٩
١. الأطفال – علم النفس
أ. سعد ، مراد علي عيسى (مؤلف مشترك).
ب. العنوان .

رقم الإيداع : ١٣١٦٨ .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز
هاتف- فاكس : ٠٠٢٠٤٧٢٥٥٠٣٤١ محمول : ٠٠٢٠١٢٧٧٥٥٤٧٢٥-٠٠٢٠١٢٨٥٩٣٢٥٥٣
E-mail: elelm_aleman٢٠١٦@hotmail.com & elelm_aleman@yahoo.com
الناشر : دار الجديد للنشر والتوزيع
تجزءة عزوز عبد الله رقم ٧١ زرالدة الجزائر
هاتف : ٢٤٣٠٨٢٧٨ (٠) ٠٠٢٠١٣
محمول ٦٦١٦٢٣٧٩٧ (٠) ٠٠٢٠١٣ & ٧٧٢١٣٦٣٧٧ (٠) ٠٠٢٠١٣
E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com

تنويه:
حقوق الطبع والتوزيع بكافة صوره محفوظة للناشر
ولا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب بأي طريقة إلا بإذن خطي من الناشر
كما أن الأفكار والآراء المطروحة في الكتاب لا تعبر إلا عن رأي المؤلف
٢٠٢٠

فهرس

المقدمة

يُعَرَّفُ الرُّهاب الاجتماعي طبقاً للدَّليل التَّشْخيصي الإحصائي الخامس للاضطِّرابات العقليَّة (*DSM-V*) والصَّادر عن الجمعيَّة الأَمريكيَّة للطِّبِّ النَّفسي (*APA*) بأَنَّه: "الخوف الملحوظ والمُستمر من موقفٍ واحدٍ أَو أَكثر من المواقف الاجتماعيَّة، والتي يُحتمل أَن يتعرَّض فيها الفرد للتَّدقيق من قبل الآخرين، حيثُ يخافُ الفرد أَنَّه سوف يتصرَّف بطريقة مُحرجة، أَو أَن تظهر عليه أَعراض القلق بحيث يراها الآخرون ويفسِّرونها بشكلٍ سلبي، ويُدركون أَنَّهم لم يحظَوا بالرِّضا والاستحسان من الآخرين، بل يُعايشون الذلَّ والخزي والارتباك في هذه المواقف، ونتيجة لذلك فهم يتجنَّبون المواقف الاجتماعيَّة".

هناك أطفال أكثر عرضة من غيرهم للخوف بسبب وضعهم المزاجي العام والنقد الزائد يطور مشاعر الخوف لدى الأطفال ويجعلهم يتوقعون دائمًا الاستجابات السلبية ويبدو وكأنهم يتوقعون النقد، ويؤدى التقييم المتكرر السلبي إلى نتيجة مشابهة ويعتمد شكل الخوف على الجانب الذي يوجه إلى النقد لدى الطفل فالأطفال الذين ينتقدون بسبب فاعليتهم قد يصبحون أطفال خجلين خوافين أمام الضبط الزائد، يمكن أن ينتج أطفال خوافين وخاصة الخوف من السلطة ومثل هؤلاء الأطفال قد يصابون بالرعب تجاه المعلمين ورجال الشرطة.

الظروف الأسرية المضطربة مثل الانفصال والطلاق والشجار وهى من أهم الأسباب وراء عدم الشعور بالأمن النفسي فالبيئة المشحونة بمثل هذه التوترات لها تأثير سلبي لأنها تزعزع ثقة الطفل بوالديه وتؤدى إلى عدم الشعور بالأمن النفسي وهم بالتالي يحسون بأنهم أقل قدرة من غيرهم على التعامل مع مخاوف الطفل العادية.

يتصف الرهاب الاجتماعي نمطيًا بأن بدايته تكون في منتصف العقد الثاني من العمر، ويكون متطورا في بعض الأحيان مما قد يكون في تاريخ الطفولة من الكفال اجتماعي أو الخجل .وقد سجلت لدى بعض الأفراد بداية للرهاب الاجتماعي في الطفولة المبكرة وربما تظهر البداية خادعة وغالبا ما يكون تطور الرهاب الاجتماعي مستمرا .كذلك غالبا ما تستغرق مدته طول العمر، على الرغم من أن هذا الاضطراب قد تقل حدته أو يتحسن أثناء مرحلة الرشد.

وربما يتذبذب درجة شدة هذا الاضطراب مع ضغوط الحياة ومطالبها. فعلي سبيل المثال، قد يتبين أن الرهاب الاجتماعي لدى شخص كان يخاف من الجنس الآخر صار يتضاءل بعد زواجه، ثم اخذ يعود للظهور مرة أخرى بعد وفاة زوجته . وقد يترتب على الترقية في العمل إلى وظيفة أعلى تتطلب تحدثًا أو خطابة أو إلقاء كلمة أما جمع من الآخرين، على ظهور الرهاب الاجتماعي لدى شخص لم يكن يحتاج إطلاقا من قبل إلى مثل هذه المواقف التي تتطلب تحدث أمام جمهور أو جمع من الأشخاص.

يقدر معدل انتشار الاضطرابات الاجتماعية في الولايات المتحدة بنحو ١٢ شهرًا بحوالي ٧٪. تُلاحظ انخفاض معدلات انتشار الإصابة لمدة ١٢ شهرًا في معظم أنحاء العالم باستخدام أداة التشخيص نفسها ، حيث يتجمع حوالي ٠.٥٪ -٢.٠٪ ؛ متوسط معدل الانتشار في أوروبا هو ٢.٣ ٪. معدلات الانتشار لمدة ١٢ شهرًا في الأطفال والمراهقين مماثلة لتلك الموجودة في البالغين. تنخفض معدلات الانتشار مع تقدم العمر.

يتراوح معدل انتشار المرض لمدة ١٢ شهرًا بين البالغين من ٢٪ إلى ٥٪. بشكل عام ، توجد معدلات أعلى من اضطرابات القلق الاجتماعي لدى الإناث عنها في الذكور في عموم الإفراد(مع نسب الأرجحية تتراوح بين ١.٥ إلى٢.٢) ، والفرق بين الجنسين في الانتشار أكثر وضوحا في المراهقين والشباب.

تعد معدلات النوع الاجتماعي مساوية أو أعلى قليلًا بالنسبة للذكور في العينات السريرية، ويُفترض أن أدوار الجنسين والتوقعات الاجتماعية تلعب دورًا مهمًا في شرح السلوك المتزايد لطلب المساعدة لدى المرضى الذكور. معدل الانتشار في الولايات المتحدة أعلى في الهنود الأميركيين وأقل في الأشخاص من ذوى الأصول آسيوية، الاتينية، الأمريكية من أصل أفريقي، ومنحدر من أصل أفريقي-الكاريبي مقارنة مع البيض غير اللاتينيين.

لقد كان ميلاد هذا الكتاب انطلاقة جديدة نحو فهم هذه المشكلة وكيفية التعامل مع الأطفال الذين يعانون منها بغية المعالجات المناسبة.

والله نسأل أن ينفع به القرّاء

المؤلفان

الفصل الأول
سيكولوجية الخوف لدى الإنسان

الخوف هو الشعور الناجم عن الخطر أو التهديد المتصور ويحدث في أنواع معينة من الكائنات الحية، ويقوم بدوره بالتسبب في تغير في وظائف الأيضية والعضوية ويفضي في نهاية المطاف إلى تغيير في السلوك، مثل الهروب، الاختباء، أو التجمد تجاه الأحداث المؤلمة التي يتصورها الفرد. وقد يحدث الخوف في البشر ردًا على تحفيز معين يحدث في الوقت الحاضر، أو تحسبًا كتوقع وجود تهديد محتمل في المستقبل كوجود خطر على الجسم أو الحياة عمومًا. وتنشأ استجابة الخوف من تصور لوجود خطر ما، مما يؤدي إلى المواجهة معه أو الهروب منه وتجنبه (المعروف أيضًا باسم استجابة القتال أو الطيران)، وهذه الاستجابة في الحالات القصوى من الخوف (الرعب والإرهاب) يمكن أن تؤدي إلي التجمد أو الشلل.

في البشر والحيوانات، يتم تعديل الخوف من خلال عملية الإدراك والتعلم. وبالتالي فيمكن الحكم على الخوف بأنه خوف عقلاني (منطقي) أو الخوف المناسب، وهناك أيضًا الخوف غير العقلاني (غير منطقي) أو الغير لمناسب. ويسمى الخوف الغير عقلاني بالرهاب.

اقترح علماء النفس مثل جون واطسون، روبرت بولتشك، وبول أيكمن أن هناك مجموعة صغيرة من العواطف الأساسية أو الفطرية وأن الخوف أحد هذه العواطف. وتشمل هذه المجموعة المفترضة مشاعر أخرى مثل تفاعل حاد للكرب، الغضب، القلق، الخوف، الرعب، الفرح، الذعر، والحزن .

يرتبط الخوف ارتباطًا وثيقًا بالتوتر، ولكن ينبغي أن يفرق بين الخوف والتـوتر، والذي يحدث نتيجة التهديدات التي ينظر إليها على أنها لا يمكن السيطرة عليها أو لا يمكن تجنبها. وتخدم استجابة الخوف غريزة البقاء على قيد الحيـاة عـن طريـق توليـد الاستجابات السلوكية المناسبة، لذلك فقد كان تم الحفاظ عليها طوال عملية التطور.

الأعراض والعلامات

تـرتبط العديـد مـن التغيـيرات الفسـيولوجية في الجسـم باسـتجابة الخـوف، نلخصها في استجابة القتال أو الطيران، وهي استجابة فطرية لمواجهة الخطر، وتعمـل من خلال تسريع معدل التنفس، ومعدل ضربات القلب، انقباض الأوعيـة الدمويـة الطرفية مما يؤدي إلى احمرار وتوسع الأوعية المركزية، وزيادة توتر العضلات بـما فيهـا عضلات المتعلقة بالبصيلات الشعرية وتسبب "القشعريرة"، والتعرق، وزيادة نسـبة السكر في الدم (ارتفاع سكر الدم)، وزيادة الكالسيوم في الدم، وزيادة في خلايا الـدم البيضاء، وحالة اليقظة التي تؤدي إلى اضطراب النوم و"الفراشات في المعدة" (عسر الهضم). هذه الآلية البدائية قد تساعد الكائن الحي في البقاء على قيد الحياة إما بالهرب أو محاربة الخطر. ومع سلسلة من التغيرات الفسيولوجية يدرك العقل الواعي عاطفـة الخوف.

أسباب الخوف

يصاب الناس بمخاوف محددة نتيجة عملية الـتعلم. وقـد تمـت دراسـة هـذا الأمر في علم النفس فـيما يعـرف بتكييـف الخـوف أو الخـوف الاشـتراطي *Fear)* *conditioning)*، بدءًا من جون واطسون في تجربة ليتـل ألـبرت *Little Albert)* *experiment)* في عام ١٩٢٠، والتي كانت مستوحاة من مراقبة طفل لديه خوف

غير عقلاني من الكلاب. وفي هذه الدراسة، كان لدى الصبي عمره ١١ شهرًا خوفًا شرطيًا تجاه الفئران البيضاء في المختبر. وأصبح هذا الخوف معممًا ليشمل الأشياء البيضاء ذات الفرو الأخرى كالأرنب، والكلب، وحتى كرة القطن.

الخوف يمكن أن يُتعلم من خلال تجربة أو مشاهدة حادث مؤلم مخيف. على سبيل المثال، إذا كان الطفل يسقط في بئر ويكافح للخروج، فقد يتطور لديه الخوف من الآبار، أو المرتفعات (رهاب المرتفعات، أو الأماكن المغلقة، رهاب الاحتجاز)، أو المياه (رهاب الماء). وهناك دراسات تبحث في مناطق الدماغ التي تتأثر عندما يتعلق الأمر بالخوف. وبالنظر في هذه المناطق (مثل اللوزة)، فقد اُقترح أن الشخص يتعلم الخوف بغض النظر عما إذا كان قد تعرض لصدمات نفسية، أو مجرد أنه قد لاحظ الخوف في نفوس الآخرين. وفي دراسة أنجزها اندرياس اولسون، كاثرين نيرنج وإليزابيث فيلبس وجدت أن اللوزة قد تأثرت على حد سواء عندما يشاهد الشخص شخص آخر يمر بحدث مخيف مع علمه بأن نفس الحدث ينتظره، وكذلك عند مروره هو ذاته في وقت لاحق بنفس الحدث المخيف. وهذا يوحي بأن الخوف يمكن أن يتطور في كلا الحالتين، وليس فقط من المعاناه الذاتية.

يتأثر الخوف بالسياق الثقافي والتاريخي. على سبيل المثال، في أوائل القرن العشرين، خاف العديد من الأميركيين من شلل الأطفال، وهناك اختلافات بين الثقافات حول كيفية استجابة الناس للخوف.

على الرغم من أن العديد من المخاوف هي مكتسبة من البيئة المحيطة، إلا أن القدرة على الخوف هي جزء من الطبيعة البشرية. وقد وجدت العديد من الدراسات أن بعض المخاوف (مثل الخوف من الحيوانات، أو المرتفعات) هي أكثر

شيوعًا من غيرها (مثل الخوف من الزهور أو السحب). وهذه المخاوف هي أيضا أسهل إثارة في المختبر. وتعرف هذه الظاهرة باسم التأهب. وبسبب أن البشر الأوائل كانوا أسرع خوفًا من المواقف الخطيرة فقد كانوا أكثر عرضة للبقاء على قيد الحياة والتكاثر، ونظر التأهب ليكون تأثير وراثي نتيجة الاصطفاء الطبيعي.

ومن وجهة نظر علم النفس التطوري، فقد تكون المخاوف المختلفة هي تكيفات مختلفة كانت مفيدة في ماضينا التطوري، وأنها قد وضعت خلال فترات زمنية مختلفة. وبعض المخاوف مثل الخوف من المرتفعات، قد تكون مشتركة بين كل الثدييات وتطورت خلال الحقبة الوسطى. كما أن المخاوف الأخرى، مثل الخوف من الثعابين، قد تكون مشتركة بين جميع السعالي وتطورت خلال الحقبة المعاصرة. ومخاوف أخرى، مثل الخوف من الفئران والحشرات، قد تكون فريدة من نوعها للبشر وتطورت خلال العصر الحجري القديم والعصر الحجري الحديث.

والخوف يكون شديد إذا كان الخطر الملحوظ شديد وجديته شديدة، والعكس صحيح.

أعلى عشر أنواع في الولايات المتحدة:

في استطلاع مؤسسة غالوب(٢٠٠٥ الولايات المتحدة)، طُلب من عينة من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣ و ١٧ أن يدونوا أكثر ما يخشون منه. كان السؤال مفتوح النهاية وتمكن المشاركون من قول ما يريدون. وكانت أعلى المخاوف بالترتيب هي: الهجمات الإرهابية، العناكب، الموت، الفشل، الحرب، الجنائية أو عنف العصابات، الوحدة، والمستقبل، والحرب النووية.

في تقدير لأكثر ما يخشاه الناس، حلل المؤلف بيل تانسر الاستعلامات الأكثر شيوعًا على الانترنت التي تتضمن عبارة: "الخوف من"... بعد افتراض أن الناس يميلون للحصول على معلومات حول القضايا التي تهمهم أكثر من غيرها. وكانت قائمته للعشرة الأوائل من المخاوف التي نشرت ٢٠٠٨ تحتوي على الطيران، المرتفعات، المهرجين، العلاقة الحميمة، والموت، الرفض، الناس، الثعابين، الفشل، والقيادة.

الرهابات المشتركة:

وفقًا للاستطلاعات، فبعض المخاوف الأكثر شيوعا هي الخوف من الشياطين والأشباح، وجود الشر القوى، الصراصير، العناكب، الثعابين، المرتفعات، المياه، الأماكن المغلقة، الأنفاق، الجسور، الإبر، الرفض الاجتماعي، الفشل، الامتحانات و التحدث أمام الجموع .

الخوف من الموت:

يعتبر قلق الموت متعدد الأبعاد. ويغطي "المخاوف المتعلقة بوفاة الشخص نفسه، وموت الآخرين، والخوف من المجهول بعد الموت، والخوف من الطمس، والخوف من عملية الموت، والذي يتضمن الخوف من الموت البطيء والموت المؤلم ."

قام الفيلسوف شيلي كاغان بجامعة ييلبفحص الخوف من الموت عام ٢٠٠٧ في دورة مفتوحة، عن طريق فحص الأسئلة التالية: هل الخوف من الموت استجابة مناسبة معقولة؟ ما هي الشروط المطلوبة وما هي الظروف المناسبة لشعور الخوف من الموت؟ ما هو المقصود من الخوف ومقدار الخوف المناسب؟ ووفقًا لكاغان فإن الخوف بشكل عام حتى يؤدي لمعنى يجب أن تتحقق فيه ثلاثة شروط: وجوه الخوف

يجب أن يكون "شيئًا سيئًا"، يجب أن يكون هناك فرصة لا يمكن إغفالها أن الحالة السيئة ستحدث، والحاجة لوجود بعض الشكوك حول الحالة السيئة للأمور. ويجب أن يكون مقدار الخوف مناسب لحجم"السوء". فإذا لم يتم استيفاء الشروط الثلاثة، فيعتبر الخوف العاطفة غير ملائمة. ويقول، بأن الموت لا يستوفي هذه المعايير، حتى لو كان الموت هو"حرمان من الأشياء الجيدة"، وحتى إذا كان الشخص يعتقد في الآخرة المؤلمة.

في دراسة أجريت عام ٢٠٠٣ من ١٦٧ امرأة و ١٢١ رجلًا، تتراوح أعمارهم بين ٦٥-٨٧، وانخفاض في النجاعة الذاتية وقد تم قياس الخوف من الموت من خلال "مقياس الخوف من الموت متعدد الأبعاد "الذي تضمن ٨ مستويات فرعية للخوف من الموت، الخوف من الميت، الخوف من التعرض للتدمير، الخوف من المجهول، الخوف من إدراك الموت، الخوف من الجسد بعد الموت، والخوف من الموت قبل الأوان. في تحليل التسلسل الهرمي تنبئ بأن أقوى نوع من أنواع الخوف من الموت "انخفاض فعالية الصحة الروحية"، والتي تعرف بأنها المعتقدات المتعلقة بقدرة المرء على توليد الإيمان والقوة الداخلية .

يمكن أن يكون التدين ذو صلة بالخوف من الموت عندما يتم تصوير الآخرة على أنها وقت العقاب. "التدين الجوهري"، بدلًا من مجرد "التورط ديني الرسمي أو الظاهر" وقد وجد أن ذلك يتناسب عكسيا مع قلق الموت .وفي عام ١٩٧٦ أوضحت دراسة من مختلف الطوائف المسيحية أن من أكان أكثر التزامًا بالعلاقة كان أقل خوفًا من الموت. ووجدت الدراسة وجود علاقة سلبية بين الخوف من الموت و"التحفظات الدينية."

الخوف من المجهول:

سبب الخوف من المجهول أو الخوف غير المبرر أو غير العقلاني هو التفكير السلبي (القلق) الذي ينشأ التوتر. كثير من الناس يخافون من "المجهول". ويمكن أن يتفرع الخوف غير العقلاني إلى العديد من المجالات مثل الخوف من الآخرة، الخوف من السنوات المقبلة، أو حتى الخوف من يوم الغد. في هذه الحالات استخدام المتخصصين "الدليل المزيف يظهر كما لو كان حقيقي" كتعريف.

فكون الشخص خائفًا يجعله يستبق ويفاقم ما قد ينتظره بدلًا من التخطيط والتقييم. على سبيل المثال استمرار التعليم الأكاديمي، فمعظم المربين يرون في ذلك مخاطر قد تسبب لهم الخوف والتوتر وأنهم يفضلون تعليم الأشياء التي يعرفوها بدلا من الذهاب وإجراء البحوث حول الأشياء الجديدة، وهذا يمكن أن يؤدي إلى عادات مثل الكسل والتسويف، كما أن الغموض في المواقف التي تميل إلى أن تكون غير مؤكدة وغير متوقعة يمكن أن يسبب القلق والمشاكل النفسية والجسدية الأخرى في بعض السكان. وخاصة أولئك الذين ينخرطون باستمرار. على سبيل المثال الحرب التي تمزقها الصراعات أو الأماكن، والإرهاب، والانتهاك ... الخ. سوء الأبوة والأمومة التي تغرس الخوف يمكن أيضا أن توهن نفسية الطفل ونمو شخصيته.

آلية حدوث الخوف:

غالبًا ما تجرى الدراسات المختبرية على الفئران لفحص اكتساب وانقراض استجابات الخوف المشروط، وفي عام ٢٠٠٤، قم الباحثين باكساب فئران خوف مشروط تجاه حافز معين، من خلال صدمة كهربائية، كما تمكن الباحثون في ذلك الحين من التسبب في انقراض هذا الخوف المشروط، لدرجة أنه لم تعد الأدوية أو

المخدرات قادرة على تقديم المزيد من المساعدة في عملية الانقراض، ومع ذلك فقد أظهرت الفئران علامات تجنب التعلم وليس الخوف، بتجنب المنطقة التي جلبت الألم لفيران الاختبار، وينظر إلى تجنب التعلم في الفئران باعتباره الاستجابة المشروطة، وبالتالي فإن السلوك يمكن أن يكون غير مشـروط، كما دعمت الدراسة السابقة.

وتعتـبر الـردود المنعكسـة الدفاعيـة لأنـواع محـددة ***Species-specific*** ***defense reactions*** (***SSDRs***)) أو تجنب التعلم في الطبيعي هـي الميـل المحـددة لتجنب تهديدات أو مؤثرات معينة، أو هي كيف تنجو الحيوانات في البرية. ويتقاسم البشر والحيوانات على حد سواء هذه الـردود الفعـل الدفاعيـة لأنـواع محـددة، مثـل الهروب، والقتـال، والتـي تشـمل أيضًـا العـدوان الزائـف، أو العـدوان الـوهمي أو التخويفي، ورد الفعل التحمدي تجاه التهديدات، والتي يسيطر عليها الجهاز العصبي الودي. ويتم تعلم هذه الردود الفعلية بسرعة كبيرة من خلال التفاعلات الاجتماعيـة بين آخرين من نفس الأنواع والأنواع الأخرى، والتفاعل مـع البيئـة. وهـذه الـردود المنعكسة لا يمكن نسيانها بسهولة، وبالتالي فإن الحيوان الذي ينجو هو الحيوان الذي يعرف بالفعل ما التهديد الذي يخشاه وكيفية تجنب هذا التهديد، على سـبيل المثـال في البشر رد الفعل على رؤية ثعبان، فكثير يقفزون إلى الوراء قبل حتى إدراك ما هو سبب القفز بعيدًا عنه، وفي بعض الحالات يكتشف أنه عصا بدلًا من كونه ثعبان.

وكما هو الحال مع العديد من وظائف الدماغ، فهناك مناطق مختلفة من الـدماغ تشارك في فك رموز الخوف في البشـر والأنواع غير البشـرية الأخرى. وتصل اللوزة كلا الاتجاهين بين قشرة الفص الجبهي، وتحت المهاد، والقشـــرة الحسـية، والحصـين، المهاد، الحاجز، وجذع الدماغ.

كـما تلعـب اللـوزة دورًا هامًـا في هـذه الـردود المنعكسـة، مثـل مركـب *amygdalofugal* والـذي يعتـبر ضروري للـتعلم المصـاحب (*associative learning*)، ويتم تعلم الردود المنعكسة من خلال التفاعل مع البيئة والآخرين مـن نفس النوع، ويتم إنشاء رد الفعل العاطفي فقط بعد أن يـتم ترحيـل الإشـارات بـين مناطق مختلفة من الدماغ، وتفعيل الجهاز العصبي الودي، الذي يسيطر على اسـتجابة الهروب والقتال، والتجمد، والخوف. وغالبًا ما يتسبب التلـف في اللـوزة في ضـعف إدراك الخوف (مثل حالة الإنسان من المريض، وهـذا الضـعف يمكـن أن يتسـبب في افتقار الأنواع المختلفة للإحساس بالخوف، وغالبًا ما يمكن أن تصبح واثقة أكثـر ممـا ينبغي، ومواجهة نظرائهم الأكبر، أو السير قدام اتجاه المخلوقات المفترسة.

أراد روبرت بولس (١٩٧٠)، وهو باحث في جامعة واشنطن، أن يفهـم ردود الفعل الدفاعي للأنـواع المحـددة وتجنـب الـتعلم بـين الحيوانـات، ولكنـه وجـد أن نظريات تجنب التعلم والأدوات التي كانت تستخدم لقياس هذا الاتجاه قد خرجت عن النطاق العالم الطبيعي، ووضع نظرية رد الفعل الدفاعي للأنـواع المعينـة. وهنـاك ثلاثـة أشـكال منهـا: الهـروب، القتـال (العـدوان الزائـف)، أو التجميـد، وحتـى الحيوانات المستأنسة لها ردود فعل عكسية، وفي تلك اللحظات يعتبر هذه الحيوانـات قد عادت إلى المعايير الرجعية وتصبح "وحشية" مرة أخرى. يقول الدكتور بولس أن الاستجابات غالبا ما تعتمـد عـلى تعزيـز إشـارة السـلامة أو الأمـان، ولـيس إكـراه المحفزات المشروطة. وإشارة الأمان يمكن أن تكون مصدرًا من التغذيـة المرتجعـة أو حتى تغيير للتحفيز.

□

إدارة الخوف:

الأدوية:

يتم العلاج الدوائي للخوف والرهاب عبر اللـوزة باسـتخدام كـورتيزون وفي دراسة واحدة، تعطلت مستقبلات الكـورتيزون في النـواة المركزيـة للـوزة مـن أجل فهم أفضل لآليات الخوف وتكييف الخوف. وتم تثبيط الكورتيزون باسـتخدام ناقلات *lentiviral* التـي تحتـوي *recombinase* والتـي تـم حقنهـا في الفئـران. وأظهـرت النتـائج أن تعطـل مسـتقبلات جلايكورتيكـود منـع السـلوك المشر ـوطة للخوف. وتعرض الفئران لمنبهات سمعية تسـببت لهـم في التجميـد بشـكل طبيعـي. ومع ذلك، لوحظ وجـود انخفـاض التجميـد في الفئـران التـي أعاقـت مسـتقبلات الكورتيزون.

علم نفسي:

حقق العلاج السلوكي المعرفي نجاحًا باهرًا في مساعدة الناس على التغلب عـلى الخوف. لأن الخوف هو أمر أكثر تعقيدًا من مجرد نسـيان أو حـذف الـذكريات، فـإن النهج الفعال والناجح ينطوي على مواجهة الناس مرارًا لمخاوفهم من خلال مواجهة مخاوفهم بطريقة آمنة يمكن للشخص فيها أن يقلل من الذاكرة أو المحفزات التي تثير الخوف، وتعرف هذه الطريقة باسـم "العـلاج التعـرض"، وهـذا العـلاج يمكـن أن يساعد في عـلاج نسـبة تصـل إلى ٩٠٪ مـن الأشـخاص المصـابون بنـوع محـدد مـن الرهاب.

□

المجتمع والثقافة:

الموت:

الخوف من النهاية ووجودها هو بعبارة أخرى الخوف من الموت. وقد أدي الخوف من الموت إلي وجود العديد من الطقوس في حياة أجدادنا. وقد صممت هذه الطقوس للحد من هذا الخوف، وقد ساعدوا في جمع الأفكار الثقافية التي لدينا الآن في الوقت الحاضر، كما ساعدت هذه الطقوس أيضًا على الحفاظ على الأفكار الثقافية، وكانت نتائج وأساليب الوجود الإنساني قد تغيرت في نفس الوقت الذي تغير فيه التكوين الاجتماعي، يمكن للمرء أن يقول أن تشكيل المجتمعات حدث لأن الناس كانوا يعيشون في حالة من الخوف. ونتيجة لهذا الخوف اضطر الناس إلى توحيد صفوفهم لمحاربة المخاطر معا بدلا من محاربتها فرادي.

الدين:

تمتلئ الأديان بالمخاوف المختلفة التي عاني منها البشر في أنحاء قرون عديدة. وهذه المخاوف ليست مجرد ميتافيزيقية (بما في ذلك مشاكل الحياة والموت) ولكن أيضا أخلاقية، وينظر إلى الموت على أنه حدود إلى عالم آخر، ومن شأن ذلك العالم الأخر أن يختلف باختلاف حياة الفرد وطريقة عيشه وسلوكه، ولم يتم العثور على أصل هذا الخوف غير المادي في العالم الحالي. بمعنى أنه يمكننا أن نفترض أن الخوف كان له تأثير كبير على أشياء مثل الأخلاق، لكن هذا الافتراض، ومع ذلك، يتطاير في مواجهة المفاهيم مثل الأخلاقية المطلقة أو الشمولية الأخلاقية القائلة بأن أخلاقنا متجذرة في كل من الشرائع السماوية أو القوانين الطبيعية للكون، وليست ناتجة عن أي شعور أو فكر أو عاطفة إنسانية.

□

التلاعب:

يمكن أن يتم التلاعب بالخوف سياسيًا وثقافيًا لإقناع المواطنين بالأفكار التي يمكن أن يرفضوها على نطاق واسع أو ثني المواطنين عن أفكار يمكن أن يدعموها في الظروف العادية، وفي سياقات الكوارث، فإن الدول القومية تدير الخوف ليس فقط لتوفير مواطنيها بتفسير حول الأحداث أو إلقاء اللوم على بعض الأقليات، ولكن أيضًا لضبط معتقداتهم السابقة. ويتم التلاعب بالخوف عن طريق الوسائل الرمزية مثل أفلام الرعب والأيديولوجيات الإدارية التي تؤدي إلى القومية. وبعد وقوع الكارثة، يتم إعادة توجيه الخوف في جو من النشوة على أساس الوطنية. ويعتبر الخوف والشر متشابكان بصورة لا فكاك منها.

انعكاس الخوف:

تم العثور على أدبيات الخوف في الأساطير والفولكلور، وصور في الكتب والأفلام، مثل قصة الشباب الذي خرج للتعرف على ماهية الخوف وهي خرافة ألمانية تتعامل مع موضوع لا يعرف الخوف. على سبيل المثال، تشمل العديد من قصص الشخصيات الذين يخشون خصم من هذه المؤامرة. وواحدة من الخصائص المهمة للأبطال التاريخيين والأسطوريين عبر الثقافات هو أن تكون لديه شجاعة في مواجهة أعداء كبيرة وغالبًا مميتة.

المراجع:

١. *Bourke ،Joanna (٢٠٠٥).Fear: a cultural history. Virago.ISBN ١-٥٩٣٧٦-١١٣-٩.*

٢. *Peale ،Dr. Norman Vincent (٢٠٠٣).The power of positive thinking.Touchstone.ISBN ٩٧٨-٠٧٤٣٢٣٤٨٠١.*

٣. *Robin ،Corey (٢٠٠٤).Fear: the history of a political idea. Oxford University Press.ISBN ٠-١٩-٥١٥٧٠٢-٨.*

٤. *Duenwald ،Mary (January ٢٠٠٥). "The Physiology of ... Facial Expressions". (ديسكفر (مجلة. ٢٦ (١).*

٥. *Gardner ،Dan (٢٠٠٨).Risk: The Science and Politics of Fear. Random House, Inc. ISBN ٠-٧٧١٠-٣٢٩٩-٤.*

٦. *Jiddu ،Krishnamurti (١٩٩٥).On Fear.Harper Collins.ISBN ٠-٠٦-٢٥١٠١٤-٢.*

٧. *Plamper ،Jan (٢٠١٢).Fear: Across the Disciplines. University of Pittsburgh Press.ISBN ٩٧٨-٠٨٢٢٩٦٢٢٠٥.*

٨. *Dixon ،Rasheeal (٢٠١٢).How to overcome fear, and start living fearless.CreateSpace.ISBN ٩٧٨-١٤٧٥١٢٢٠٤٦*

الفصل الثاني

الخوف عند الأطفال

تشير الدراسات والأبحاث المختصة بالحياة الانفعالية للطفل أن الخوف يكون في مقدمة الانفعالات التي تظهر على الطفل، ولا يسبقها في الظهور إلا انفعال الفرح والحزن يتبعه بعد ذلك الخوف ثم الغضب، وذلك في مرحلة الطفولة المبكرة وبالتحديد منذ الشهر السادس من عمر الطفل وذلك لأن هذه الفترة (منتصف السنة الأولى) هي فترة التميز في الإدراكات عند الطفل،فهو على وجه الخصوص يستطيع في هذه الفترة إدراك وجه أمه وتمييزه عن بقية. الوجوه هذه الإدراكية في النمو لها دلالتها على الخوف؛ لأنها ترتبط بتمييز الطفل وتعرفه على وجه من بين الوجوه العديدة، مما يدل على أنه قد تعود على رؤيته، وأنه بدأ يتعلق به لذلك فإن المختصين يرون بأن فصل الطفل عن أمه لأي سبب من الأسباب يجب أن يتم قبل الشهر السادس، أما بعد هذه الفترة فإن مثل هذا الفصل أو الانفصال يمكن أن يتسبب في عواقب سيئة على نفسية الطفل.

والخوف: انفعال قوي ينتج عن الإحساس بوجود خطر أو توقع حدوثه، وكل أنواع المخاوف مكتسبة ومتعلمة إلا بعض المخاوف الغريزية مثل الخوف من الصوت المرتفع وفقدان التوازن ، والحركة لاسيما في الأماكن العليا .. عندما يستمر الخوف غير المنطقي يصبح خوفا مرضيا (*phobia*) وهذا يتضمن المخاوف الشائعة لدى الأطفال، الخوف من الظلام والجراح والأصوات العالية والمرض والوحوش والحيوانات والغرباء والمواقف غير المألوفة.

□

الخوف عند الأطفال:

يعتبر الخوف بالنسبة للأطفال من الأشياء الفطرية المتعمقة فيهم، بحيث يعتبر جزءًا أساسيًا من تركيبتهم وطبيعة شخصيتهم، خصوصًا أنهم في مرحلة تتشكل فيها جميع الانطباعات والأشياء لديهم، ويكون وعيهم تجاه الأشياء المختلفة جديدًا، لهذا يشعرون بالرهبة من اكتشافهم لها، وربما يتملكهم الخوف منها في معظم الأحيان، وقد تتركز مخاوفهم حول الخوف من الحيوانات والخوف من الظلام، وكذلك الخوف من الأشخاص والأصوات المرتفعة والأماكن الغريبة عنهم، وفي هذا المقال سنذكر أعراض الخوف عند الأطفال.

أعراض الخوف عند الأطفال:

- تصرف الأطفال بطريقة اندفاعية مبالغ فيها، وافتقادهم للتركيز وتشتت انتباههم، واتكالهم على الآخرين بشكل ملفت للنظر.
- صدور بعض الحركات الانفعالية العصبية من الأطفال بشكل متكرر مثل الارتعاش والارتجاف بشكل مؤقت.
- عدم قدرة الأطفال على النوم، وبقائهم مستيقظين لأطول فترة ممكنة بسبب الأرق الناتج عن الشعور بالخوف.
- ظهور بعض الأعراض الجسدية على الأطفال مثل التعرق الشديد وتسارع دقات القلب وسرعة التنفس.
- إصابة الطفل بالغثيان والاستفراغ في بعض الأحيان.
- الإصابة بالصداع والآلام العضوية المتفرقة في أماكن مختلفة في الجسم.
- شعور الطفل بآلام حادة في المعدة.

بعض المخاوف الشائعة بين الأطفال:

٢ ـ ٤ سنوات: الخوف من الحيوانات، والضوضاء العالية، أو الوحدة، أو التدريب على استخدام «مقعد التبرز»، أو الحمام، أو وقت النوم، أو الأشباح، أو التبول علي الفراش، أو المعوقين، أو الموت أو الجروح.

٤ –٦ سنوات: الخوف من الظلام، أو المخلوقات الخيالية، أو الحيوانات، أو وقت النوم، أو الأشباح، أو الغرباء، أو الثعابين، أو فقدان أحد الوالدين، أو الوفاة أو الإصابة بجروح أو أن ينفصل أو يطلق والداه.

أما بعد سن ٦ سنوات: فالمخاوف غير المسببة تميل إلى التناقص كلما كبر الطفل. ولكن عادة ما تنتاب الطفل مخاوف مرحلة الطفولة، فقد تأتي وتذهب كلما تطور ونما الطفل، وأحيانا قد يتطور الخوف لرهاب إذا كانت هنالك حالة معينة قد تثير مخاوف الطفل وتزيد من وضعه سوءًا. دور الوالدين للوالدين دور مهم في تقييم الخوف الذي يؤثر على حياة الطفل، فهل يؤثر هذا الخوف عليه بشدة، وهل يؤثر علي أنشطة الطفل اليومية، وإذا لم تكن هذه المخاوف تؤثر على حياة طفلك اليومية فينصح الخبراء الآباء والأمهات أن يحاولوا ترك الطبيعة تأخذ طريقها وينمو الطفل من غير تدخل في خوفه. أما إذا أصبح الخوف منهكًا ويؤثر على حياة الطفل، مثل منعه من الذهاب إلى المدرسة، أو أن تحدث نوبات الذعر المتكررة، فمن الأفضل استشارة الطبيب. على الرغم من عدم قدرتنا كوالدين على السيطرة علي الخوف وما يرعب أطفالنا، فإننا نلعب دورًا حاسمًا في تحديد قدرة أطفالنا على التعامل والتكيف مع الخوف والظروف الضاغطة، فتربية وتنشئة أطفالنا عملية متداخلة، وليس هناك نهج خطأ أو صحيح في كيفية تربية أطفالنا، ولكن يمكننا تهيئة بيئة نعلم فيها أطفالنا

الصمود ومواجهة المصاعب والحالات الصعبة في حياتنا. ويري الكاتب الأميركي الشهير مارك توين: «أن الشجاعة هي مقاومة الخوف والسيطرة عليه، وليست عدم وجود خوف». لذلك يجب علينا أن نغرس في أطفالنا الصمود والاستعداد لمواجهة المصاعب وقوة التحمل، فإذا فعلنا ذلك نستطيع أن نطمئن عليهم في المستقبل، فأطفال اليوم هم رجال الغد.

وبالرغم من أن طبيعة مخاوف الأطفال قد يعتريها التغير مع مرور الزمن، إلا أنه في جميع الحالات تعتبر المخاوف أساساً توقعاً لخطر أو لحدث غير سار، إلا أنها تتميز الواحدة منها عن الأخرى في بعض النواحي، فالخوف الواقعي بصورة عامة يعتبر أكثر تحديداً، فهو عبارة عن استجابة لخطر حقيقي، والجدير بالذكر أنه لا يوجد مثير واحد يُحدث الخوف في مرحلة الطفولة، بل هناك مجموعة من العوامل، ويتعلم الطفل من خلال نموه التمييز بين ما هو مألوف (لذلك فهو في أمان) وما هو غير مألوف (يعتبره خطراً عليه) وقد قام جيرسلو وهولمر (١٩٣٥) بدراسة واسعة لمخاوف الأطفال في فترة ما قبل المدرسة، حيث سُجّلت مخاوف الأطفال والظروف المتصلة بها لمدة / ٢١/ يومًا، وقد كانت نتيجة الدراسة أن المخاوف من الأشياء الحقيقية (الضوضاء أو الأشياء أو الأشخاص أو الحركات المفاجئة غير الموقعة والغريب من الأشياء والمواقف والأشخاص) كانت تتناقص بتقدّم العمر، على حين أن المخاوف من أخطار متوهمة أو خارقة للطبيعة (كالوقائع المرتبطة بالظلام والأحلام واللصوص والمخلوقات الخرافية وأماكن وقوع الحوادث) فكانت تزاد بتقدم العمر، كما لوحظ أن العلامات المرتبطة بالخوف (مثل البكاء - الهلع - الانسحاب) كانت تتناقص من حيث التكرار أو الشدة كلما تقدّم الطفل بالعمر.

□

أسباب الخوف عند الأطفال:

الخبرات غير السارّة: إن الخبرات غير السارة التي يمرّ بها الأطفال تترك آثارًا سلبية لا تزول بسهولة، إذا يخاف الطفل من تكرار الخبرات المؤلمة التي مرّ بها كالعلاج الطبي أو عملية جراحية أو أن يكون قد تعرّض للعض مثلًا أو التهديد من قبل حيوان ما يمكن أن يسبب له خوفًا محددًا من ذاك الحيوان أو خوفًا من جميع الحيوانات أو توجهاً عاماً للخوف من أي موقف، ويمكن أن يتسع مدى الخوف بالنسبة لموضوع الخوف الأصلي بالتعميم حيث يمتد ليشمل لدى الأطفال مجالات متعددة. فالخبرة التي يمر بها طفل صغير مع كلب ما يمكن أتؤدي إلى خوف من جميع الطلاب وجميع الحيوانات وجميع الأشياء ذات الفراء - كذلك من الخبرات غير السارة التي مكن أن يكون قد تعرّض لها - السقوط - الاصطدامات - الرعد - الحرق بشيء ما - المياه مثلًا: يمكن أن يصبح الاستحمام مخيفًا للطفل بسبب الانزلاق في الماء أو لسع الصابون عندما يدخل عينيه.

التأثير على الآخرين: إن الطفل يمكن أن يستخدم المخاوف كوسيلة للتأثير على الآخرين واستغلالهم، فأحياناً قد يكون إظهار الطفل الخوف هو إحدى الطرق القوية لجذب الانتباه، وهذه الطريقة تعزز بشكل مباشر وجود المخاوف لدى الطفل. وهكذا يؤدي الخوف إلى حالة من الارتياح والرضى على نحو يزيد من حالة الشعور بالخوف، والمشكلة أن الخوف يصبح مريحًا ومؤلمًا في آن واحد.

ويزداد الأمر تعقيدًا عندما يكون الخوف هو الطريقة الوحيدة لدى الأطفال للتأثير على والديهم، وكلما أظهر الطفل خوفه فإن الوالدين يسعيان لتهدئة الطفل، رغم ذلك فهم يفشلون في الوصول إلى هذا الهدف، ومن الأمثلة على هذا النمط من

السلوك الخوف المرضي من الذهاب إلى الروضة، إذ يُظهر الطفل خوفًا شديدًا من الذهاب إليها وتكون النتيجة أن يسمح له الوالدان البقاء في البيت، وبذلك يحصل الطفل على ما يريد من تجنب الروضة والبقاء في البيت، ويقوى هذا الخوف إذا كان الوالدان مترددين حول إرسال الطفل للروضة وعملًا دون قصد على جعل إقامته في البيت متعة أو خبرة سارة بالنسبة له، كأن يعطي اهتمامًا زائدًا لم يكن ليحصل عليه من قبل، ونتيجة لذلك يصبح الخوف وسيلة يستخدمها الطفل للتأثير على الآخرين، وقد يفقد السبب الرئيسي للخوف فاعليته إلا أن الخوف نفسه يبقى ويصبح عادة.

الحساسية في الاستجابة ذات المنشأ الولادي: يوصف بعض الأطفال بأنهم كانوا دائمًا حساسين للغاية وخوّافين منذ الولادة أو خلال السنة الأولى أو الثانية من العمر، وهؤلاء الأطفال يُظهرون استجابات جدّ قوية للأصوات أو للحركة المفاجئة أو للتغيرات في البيئة...الخ. والاستنتاج الواضح هو أن الأجهزة العصبية المركزية لهؤلاء الأطفال هي منذ الولادة أكثر حساسية من غيرها، ولذلك فهم يستجيبون لمثيرات أضعف ويحتاجون إلى وقت أطول لاستعادة توازنهم، وينتج ذلك عن مزيج من العوامل الوراثية وظروف الحمل والولادة، لذلك فإن هؤلاء الأطفال يستجيبون بهذه الطريقة بحكم تكوينهم، فالطفل الذي يبكي بعنف لصوت مفاجئ متوسط الشدة قد يكون أكثر تهيؤًا لتطوير مخاوف شديدة، والتي يمكن تعميمها بسرعة وسهولة على مواقف أخرى، ثم يعمم هذه المخاوف على مواقف أخرى وهكذا.

وعندما يصل هؤلاء الأطفال إلى عمر / ٤/ أو / ٥/ سنوات تكون المخيلة قد منت جيدًا فيظهر لديهم ميل قوي لتخيّل جميع أشكال الحوادث المزعجة، وعندما

تزداد شدة المخاوف وتطول فترتها بشكل ملحوظ فإنها تصبح مخاوف مرضية يمكن أن تؤثر على حياة الطفل، وفي الغالب تؤثر على حياته اليومية، فمثلًا قد يخاف الطفل الزائد الحساسية من الاستغراق في النوم متخيلًا أنه قد لا يستيقظ من نومه أو أنه سوف يحلم أحلاماً مرعبة.

الضعف النفسي أو الجسمي: يكون الأطفال أكثر استعدادًا لتطوير المخاوف عندما يكونون متعبين أو مرضى، وخصوصاً إذا استمرت حالة الضعف الجسمي لفترة طويلة، فهي ستؤدي إلى شعور بالعجز وضعف المقاومة بحيث تصبح الدفاعات السيكولوجية للطفل أقل فاعلية، وعندما يكون اعتبار الذات لديه منخفضاً يكون أكثر عرضة لتطوير المخاوف، إذ يشعر بالحزن والعزلة والعجز وضعف القدرة على التعامل مع المشاعر والأفكار المثيرة للخوف، والآباء المتساهلون يسهمون أكثر من اللازم في تطوير قبل هذا النمط من السلوك لأنهم لا يساعدون الطفل على تطوير الشعور بالجدارة الناتج عن مراعاة الحدود التي يفرضها الآباء للسلوك أو تلبية المتطلبات، إن الأطفال الضعيفين جسميًا يشعرون بعدم القدرة على التعامل مع الأخطار الواقعية أو المتخيلة.

الاستجابة للجو العائلي:

- **النقد والتوبيخ** : إن النقد الزائد للأطفال قد يؤدي إلى تطوير شعور بالخوف لديهم، حيث يشعرون بأنهم غير قادرين على فعل شيء صحيح، ويبدو هؤلاء الأطفال كأنهم يتوقعون النقد دائمًا، وهذا يؤدي بدوره إلى أن الطفل يفقد الثقة بنفسه ويظهر عليه الجبن والخنوع. كما أن التهديد المتكرر بالتقييم السلبي يؤدي إلى نتيجة مشابهة، فمثلاً عندما يُوبخ الطفل لأنه وسّخ ملابسه

فإن النتيجة ستكون ظهور الخوف من الاتساخ لديـه، وقـد يـتعمم هـذا الخـوف ليصبح خوفاً من الفوضى، ويعتمد شكل الخوف على الجانب الذي يوجـه النقـد إليه، فالأطفال الذين يُنتقدون بسبب فاعليتهم أو نشاطهم قد يصـبحون أطفـالاً خجولين خوافين.

- **الضبط والمتطلبات الزائدة** : إن الأطفال الذين يعيشـون في جـو بيـت يتسـم بالضبط الزائد يمكـن أن يصـبحوا أطفـالاً خـوافين بشـكل عـام أو أطفـالًا يخافون من السلطة بشكل خاص، فقد يخافون من المعلمين أو رجال الشرـطة أو ممن يمثلون السلطة. أحيانًا يسـتخدم التخويـف مـن قبـل الأهـل لحفـظ النظام أو لدفع الطفـل لعمـل معـين أو منعـه مـن عمـل معـين كاللعـب أو الضوضاء، وهذا التهديد هو مصدر كامن للمخاوف التي تعيق نمو الطفـل. وهناك آباء ذوو متطلبات زائدة لا يحتملون المخاوف المؤقتة التي تظهر لـدى أطفالهم ولا يتقبلونها ونتيجة لتـوقعهم أن يكـون الطفـل كـما يريـدون فهـم يوجهون النقد للطفل لأنه يتصـرف بشكل طبيعي، وتوقعات الآبـاء المبـالغ فيها هي سبب قوي لخوف الأطفال من الفشل.
- **الصراعات الأسرية:** إن الجو المتـوتر في البيـت الـذي تحـدث الصـــراعات المستمرة بين الوالدين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبنـاء يـؤدي إلى شـعور بعدم الأمن. والأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون بأنهم أقل قدرة مـن غيرهم على التعامل مع مخاوف الطفل العادية، وحتى المناقشات اليومية حول المشكلات المالية أو الاجتماعية يمكن أن تخيف الأطفال وخاصـة الحساسـين الذين يشعرون بأنهم مثقلون بمشكلات الأسرة التي لا

يستطيعون فهمها ويسيئون تفسيرها باعتبارها مشكلات لا أمل في حلّها. وتتضخم هذه المشاعر إذا أدرك الأطفال وجود ضعف في قدرة الآباء على مواجهة المشكلات.

تقليد الخوف: يخاف الطفل عن طريق المشاركة الوجدانية لأفراد أسرته ومن يخالطهم في البيئة، كما يتعلم الخوف بتقليده لسلوكهم من خلال ملاحظته الخوف لدى الكبار أو الأخوة أو الرفاق. ومن المعتاد أن نرى لدى الأطفال شديدي الخوف واحداً من الوالدين على الأقل لديه مخاوف شديدة، فمثلًا الأم التي تخاف من الكلاب أو المرتفعات قد يعاني طفلها من خوف مشابه. وبما أن الخوف يتم تعميمه فإنه من المحتمل أن يطوّر الطفل خوفاً من أي شيء، وهناك بعض الأطفال أكثر عرضة من غيرهم للخوف بسبب وضعهم المزاجي العام. لذا فمن المتوقع أن يعاني أحد أطفال الأبوين الخوافين من حالة خوف شديد بينما لا يعاني أشقاؤه من أية مخاوف. والمخاوف التي تكتسب عن هذا الطريق تمتاز بطول بقائها وتقاوم العلاج والانطفاء بشكل خاص.

مظاهر الخوف عند الأطفال:

- الخوف من الظلام :

إن خوف الطفل من الظلام بدرجة معقولة خوف طبيعي لأنه يجعله يعيش في المجهول فلا يمكنه التعرف على ما حوله فيخاف الاصطدام بشيء ما أو الإصابة من شيء ما يعترضه. أما الخوف المبالغ فيه من الظلام لارتباطه بذكريات مخيفة كالغولة والعفاريت والجن واللصوص فإنه خوف مرضي لا يستند إلى أساس واقعي، ومن الصعب ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه. وهذا النوع من الخوف يجعل الطفل

قلقًا ومضطربًا. وإن ما يثير الخوف هو الأمـور التـي ينسـجها خيـال الطفـل ويدفعه إلى الظن باحتمال وقوعها في الظلام. والطفل الخيالي قد يُخرج من عقلـه كـل أنواع المواقف المُفزعة فتبدو له حقيقة لا شك فيها مع أنها مـن نسـيج خيالـه فيفـزع. وكثير من القصص التي يسمعها الطفل في الأماكن الساكنة التي يحيط بهـا الغمـوض والظلام سيؤدي إلى ربط الظلمة بالغرائب والمعجزات. لاسيما إذا كان الطفل ينـام وحده في غرفة مظلمة فيشطّ خياله وتقوده الوحدة والظلمة إلى تلك الأقاصيص التي كان مسـرورًا لسماعها في النهار، ونتيجة لخياله الواسع فقـد يـرى الأشـكال أشـباحًا فيخاف منها. كما أن خوف الأهل من الظلام ينقل العدوى إليه عـن طريـق الإيحـاء. كـذلك عمليـة التخريـف التـي يمارسـها الأهـل والأخـوة الكبـار بطريقـة المداعبـة وخصوصًا أثناء الظلام.

كما أن كثيرًا من الأهل يقومون بتعليم أطفالهم الخوف من الظلام، فعندما ينـام الطفل في غرفة وحده يطفئ الضوء وعندما يشعر بألم أو بحاجة ما سيصرخ طالباً أمـه وستهرع لنجدته وتضيء النـور لمـرد وصـولها إلى غرفتـه وتقـوم بمواسـاته بمحنتـه فيحدث الإشراط بين وجود الأم ورعايتها وبين الإضاءة ويُعلّم الطفـل الخـوف مـن الظلام. ومن الأفضل في هذه الحالة ولتجنب الإشراط أن تدخل الأم إلى الغرفة دون إضاءة النور وتعيد الاطمئنان إلى الطفل، حتى إذا تأكدت من زوال المشكلة يمكنهـا إضاءة النور. وقد يتعلم الطفل الخوف من الظلام بسبب رؤيته لأفلام الرعب الليليـة في التلفزيون، لذلك يجب تجنيبه هذه المواقف. لذلك يجـدر بالآبـاء مناقشـة الأطفـال حول الظلام وإقناعهم دون إصرار أو إرغام بأن الظلام لا يدعو إلى الخوف، وعندئذ يجب تدريبهم على النوم في الظلام، ويتم هذا تدريجيًا. كما يجب طمأنة الطفل أنه لن

يصيبه مكروه لو استيقظ ليلًا وذهب إلى دورة المياه وإرشاده كيف يمكنه إضاءة الحجرة أو دورة المياه ثم إطفاؤها ثانية، ويمكن أن يزود الطفل ببطارية توضع قرب سريره للغرض نفسه، وهكذا بالتدريج يمكنه التخلص من هذا الخوف.

- **الخوف من الحيوانات :**

هذا النوع من الخوف مشترك عند معظم الأطفال. وتتضاءل حدته مع نمو عقل الطفل ومع فهمه لطبيعة بعض الحيوانات، وخاصة الأليفة منها وتوطيد العلاقة بها. لكن قسماً كبيراً منهم ترافقهم هذه المخاوف حتى مرحلة النضج والرشد، فيبقى خوفهم من الحيوانات الصغيرة والكبيرة المتوحشة منها والأليفة، وينشأ لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة خوف من الحيوانات وخاصة القطط والكلاب، وليس ثمة سبب للسخرية من طفل مرتعب أو إكراهه على الاقتراب من كلب حراسة مزمجر ومكشّر عن أنيابه. ويثبت من التجارب أن تعويد الطفل على ملاطفة الكلاب وإطعامها بصورة تدريجية (حيث نقدم جراءً للطفل كي يلعب معها ومساعدته بالتدريج وبمعدله الخاص على التعرض لكلاب أكبر فأكبر بالتدريج حتى يكتسب مزيداً من الشجاعة). فالتعاطي مع هذه الحيوانات كمخلوقات ضعيفة وهو القوي الذي يقدم لها العون والحب والرحمة لكونها ضعيفة يؤدي إلى الألفة المطلوبة بين الطفل والحيوانات، ومن ثم يزال الخوف من نفسه وتُستبدل المشاعر بنقيضها.

- **الخوف من الضوضاء والأصوات العالية**

يعتبر الخوف من الضوضاء والأصوات العالية خوفاً طبيعيًا فطريًا، وذلك يتأتى منذ مهد الإنسان حيث سماع صوت عال أو غريب بالنسبة للطفل، ولا توجد طريقة لمنع هذا الخوف كرد فعل نحو الضوضاء والأصوات العالية خصوصاً المفاجئة. ويعتبر (جيرسيلد *Gerselid*) من أبرز علماء النفس الذين تناولوا

الضوضاء بالدراسة كمثير حسي لثقافة الخوف ، وذلك بقوله : "عند ولادة صغار الإنسان نجد لديهم انعكاسا مروعاً من الضوضاء والأصوات العالية، وتنقسم مشاهدة العدوان نحو الآخرين إلى الضوضاء والأصوات العالية.

♦ الخوف من الموت

يشعر الطفل بالخوف من الموت، وخصوصًا في مرحلة ما قبل الدخول إلى المدرسة، وذلك لأن مفهوم الموت بالنسبة له ما زال غير واضح، ويبدأ هذا النوع من الخوف بالتلاشي بعد عمر عشر سنوات.

ومما يساهم في ترسيخ ثقافة الخوف الطفولي ما يسود بعض المجتمعات من عادات وتقاليد اجتماعية ، تقوم على المبالغة في طقوس الحزن عند وفاة عزيز من كثرة البكاء وإظهار الآلام والعزاء لعدة أيام، وغير ذلك من المظاهر المحزنة التي تجعل الطفل يقظًا يقظة شديدة ترقبًا للموت الأمر الذي يجعله يتقمص حدوث الموت له ويتوقعه.

♦ الخوف من البقاء منفردًا في البيت :

حيث يخاف الطفل أن يتركه أهله وحده في البيت. ولو تعمقنا في البحث عن سبب هذا الخوف فإننا نرى أن معظم الكائنات الحية تستمد الإحساس بالأمان من مصدرين اثنين هما القوة الشخصية وولاء وقوة المحيطين أو الحلفاء. وهذه حال الطفل الصغير الذي لا حول له ولا قوة، وهو يستمد قوته من حلفائه الذين هم الأهل طبعاً في هذا المجال، وترك الطفل وحيداً ولو لوقت قصير يجعله محروماً من هاتين القوتين، فهو حتى إذا أراد الحصول على طعامه فسيجد نفسه غير قادر على

ذلك. ويعتبر أحد علماء النفس الأمريكيين أن "العزلة هي المصدر الأكبر للرعب في الطفولة المبكرة".

أما إذا تُرك الطفل من قبل أمه بسبب ظروف عملها خارج المنزل فلا خوف من ذلك بشرط أن تمنحه المحبة الكافية وتُشعره فعلاً بأنها تحبه، وألا تعامله كأمر واقع مفروض عليها، وأن كل ما يطلب من الأم هو تأمين مأكله ونظافته وملبسه ووسائل التسلية والراحة. وقد يكون أهم من ذلك كله هو منح المحبة، فإذا مُنحت هذه المحبة بطريقة موضوعية ومعتدلة دون إفراط ثم استُكملت بأن تترك الأم الطفل مع أناس موثوقين ومحبوبين من قبله فإن ذلك لن يتسبب في مخاوفه طالما أنه متأكد من أن أمه ستعود إليه في وقت محدد.

كما أن بعض الأهل وعلى غير علم يزرعون الخوف من البقاء في البيت وحيداً في نفوس أطفالهم وكأنها قصاص لهم كأن يقول أحد الوالدين للطفل: (إن لم تكفّ عن عمل ذلك سوف أتركك وحدك في البيت)، وفي هذه الحالة تصبح مسألة الترك وحيدًا في البيت بالنسبة للطفل بمثابة التهديد المرعب الذي ينطوي على القصاص، والقصاص غير محبب لأن المقصود فيه الإيذاء والإيلام، ولذلك ينصاع الطفل للأوامر بمجرد تهديده بهذا الأمر المرعب وهو البقاء وحده في البيت.

- **الخوف من المدرسة (الروضة)**

عندما يبلغ الطفل الرابعة من عمره يكون على قدرٍ كافٍ من النضج ويجب تسجيله في رياض الأطفال. وإن رفض الطفل الذهاب إلى الروضة ليس أمرًا نادرًا، فكثيرًا ما يحدث هذا الأمر، والسبب يعود في ذلك إلى أن الطفل لم يتعود الانفصال

عن أمه وخصوصًا الأم التي تهتم بالطفل كثيرًا والتي تكون متعلقة به. فالطفل يخاف من الانفصال عن أمه ومنزله في حقيقة الأمر، وليس السبب هو الخوف من المدرسة بحدّ ذاتها..

إن الأطفال الذين يكشف سلوكهم عن خوفهم في أول يوم لهم في الروضة ليسوا بالضرورة سيئي التكيف، فبعض الأطفال الذين لا يبكون ولا يتشبثون بأمهم أكثر من هؤلاء الذين يفعلون هذا. إن أول تعبير عن الخوف لا يشير بالضرورة إلى صعوبات في المستقبل، وتكرار التعبير عن الخوف لا يثبت بالضرورة أن الطفل خائف بصفة خاصة. فعادة ما يتلاشى التعبير الصريح عن الخوف مع نمو الطفل.

لذلك يجب على الأهل ألا يصروا على الطفل أن يعود إلى الروضة وإلا فإن المشكلة ستتفاقم وتصبح صعبة وستحتاج إلى جهود كبيرة للقضاء عليها. فمن الممكن أن تكون الأم هي السبب في خوف الطفل من الذهاب إلى الروضة لسبب غير مباشر لانزعاجها من انفصالها عن طفلها، وعندهالا تكون العلّة في الطفل وإنما في الأم.

كذلك من الأسباب التي وراء خوف الطفل الضعف العقلي أو الضعف في الحواس كعدم القدرة على سماع الدرس إذا كان الطفل يعاني من مشكلة سمعية، أو عدم القدرة على رؤية السبورة لضعف البصر، وقد يكون السبب في الاعتماد الزائد على الأهل أو توتر الطفل نتيجة المواقف الأسرية الخاطئة كالحماية الزائدة أو النبذ أو طلب الأهل من الطفل أكثر من طاقته في الدراسة، كذلك التهديد من قبل المعلمة بوضع الطفل الكسول في غرفة الفئران وغير ذلك. كل ذلك يؤدي إلى رفض المدرسة والخوف منها.

- الخوف من الغرباء:

حيث يبدأ الطفل الصغير (أقل من سنتين) في اكتشاف أن هناك أشخاصًا قريبين منه كأفراد أسرته، وآخرين ليسوا كذلك، يشعر بالخوف منهم والبكاء أو الصراخ عند رؤيتهم، وهذا ما يسمى بالخوف من الغرباء، وهو طبيعي لعمر معين أقل من سنتين، ولكن بعض الأطفال وبعمر أكثر من ست سنوات قد يستمر لديهم الخوف من أي شخص لا يعيشون معه كأقربائهم، ويشعرون بالرهبة من مواجهتهم، وهذا خوف غير محبب لأنه لا يساعد على النمو الاجتماعي للطفل. بينما الخوف من الأشخاص الغرباء تمامًا كالباعة وسائقي السيارات الغرباء مطلوب من أجل حماية أنفسهم من مخاطر هؤلاء الغرباء.

- خوف الانفصال عن الأم:

الخوف من الغرباء قد يتحول إلى خوف من الانفصال عن الأم أو عن الشخص الذي يرعى الطفل، والخوف من بيئة جديدة لم يعتد عليها، وخاصة عند بداية دخول الروضة، فغالبًا ما يبكي الطفل نتيجة خوفه من الابتعاد عن أمه. والخوف من الانفصال يكون طبيعيًا في مرحلة الروضة وبداية دخول المدرسة، ولكن إن استمر بعد سن السادسة وهو يرفض يوميًا الذهاب إلى المدرسة يتحول إلى «فوبيا المدرسة» ويصبح مرضًا وليس مجرد خوف .حيث يجب أن تختفي «فوبيا المدرسة» في أول سنتين من دخول الطفل المدرسة، وإذا لم ينتهِ ذلك الخوف فقد يحتاج الأمر لعلاج نفسيّ متخصص.

إن الانفصال عن الأم يمكن أن يؤثر على مستقبل حياته، ولكن إذا كان رجوع الأم مرتبطاً بعودة أمنه وطمأنينته كانت الأمور يسيرة غير باعثة على الخوف ، ولكن الانفصال المتكرر الطويل قد يحدث جرحاً انفعالياً كبيرًا، ويلجأ بعض الوالدين إلى تهديد طفلهما بالانفصال عنه وقد يسلك تبعًا لذلك سلوكًا يرضيهما وتجنب ما يسبب افتراقهما عنه. فهذه التهديدات قد تسبب في نفس الطفل شعورًا بالخوف ناجمًا عن اعتقاده بأن والديه سيختفيان عنه يومًا ما.

♦ الخوف من الامتحان

الخوف من الامتحانات ظاهرة إنسانية عامة يشعر بها كل طفل يريد النجاح في امتحانه وكل امتحان من الممكن أن يثير عدة مخاوف منها: الخوف من المجهول، والخوف من التعرض للعقاب، أو السخرية أو الخوف من التعرض للرفض، وكل هذه المخاوف من الممكن أن تؤثر على نفسية الطالب أو الطفل الممتحن، إلا إذا أعطي شيئًا من الثقة في نفسه وقدراته واطمأن بأن الامتحان أمر طبيعي ومتوقع لتحديد اختلاف القدرات.

♦ الخوف من الإصابة بالأمراض

يعد الخوف من الإصابة بالأمراض من أقوى العوامل التي تقف وراء ثقافة الخوف الطفولي، فالطفل شديد الحساسية من خوفه بإصابة أحد أعضاء جسمه، حيث يشعر بهذا الخوف منذ عامه الثاني، ففي هذا السن يريد الطفل أن يعرف السبب وراء أي شيء، فإذا ما رأى رجلًا معوقًا فإنه أولًا يريد أن يعرف السبب وراء إصابته، ثم يبدأ بالتفكير إذا كان من الممكن إصابته بهذه الإصابة فتتحول حياته إلى هلع ورعب ويهرب من كل حديث يتحدث عن أي مرض ويخاف أن يزور أي مريض خشية العدوى منه.

في أي سن يبدأ الشعور بالخوف عند الطفل؟

يبدأ الشعور بالخوف بالظهور في سنّ الثمانية أشهر. ففي هذه السن يتولّد لدى الطفل قلق الانفصال عن والدته، وعندما يرى شخصًا غريبًا قد يخاف، ويقال بالعامية «استغرب»، وهذا أول مظاهر الخوف العلنية عند الطفل.

ففي هذه السن صارت لديه القدرة على حفظ وجوه بعض الأشخاص المقرّبين منه، وعندما يرى وجهًا غير مألوف قد يخاف ويرفض الاقتراب منه ويعبّر عن ذلك بالبكاء. وعندما يبلغ الطفل الثلاث سنوات يصبح عنده نموّ عقلي وتتطوّر عنده ملكة التخيل، فيخترع أمورًا وهمية لا وجود لها في الواقع، إلا أنه في الوقت نفسه لا ينسجها من محض خياله فقط، بل يستمدها من مشاهد رآها في التلفزيون أو قصص قرأتها له والدته.

القصص الخيالية وشخصياتها المخيفة

تلعب القصص والحكايات التي تروي عن شخصيات مخيفة دورًا في تنشيط خياله وتنميته إلى درجة أنه يقلّدها ويبتكر من مخيلته شخصيات مخيفة. مثلًا تروي الأم لطفلها حكاية عن الغول أو الذئب أو الوحش المفترس، وبعد فترة يصبح هو "مصوّر" الحكاية. يقول لوالدته أن الثعلب الشرير مختبئ تحت سريره. بالطبع يريد أن يلفت نظرها ويسعى للعب معها، لكن الأمر يدّل على قوة الخيال ونموّه.

وأحيانًا يستخدم الأهل تلك الشخصيات الخيالية المخيفة لـ«ردع» الطفل: «عليك أن تأكل وإلا لن تصبح قوياً وسيأكلك الثعلب». لا بأس بذلك.

إنه أسلوب «خيالي» في التربية، وأفضل من ردع الطفل بالضرب والأذى الجسدي مثلاً. وفي المقابل، يجب على الأهل عدم المبالغة في تخويف الطفل بالشخصيات الخيالية، لكي لا يتحوّل الأمر إلى رعب وقلق يزعزعان شخصيته.

مجاراة الطفل في "لعبة الخوف"

إذا لم يتمكن الأهل من تبديد خوفه، أو جعله يفصل بين الواقع والخيال. فإذا قال مثلاً انه رأى الساحرة الشريرة في غرفته، لن يقتنع بجواب أمه أنه "لا وجود للساحرات" لأنه شاهدها في التلفزيون، عندها يمكن الأم أن تجاريه في خوفه وتقول له «لكن في النهاية تمكّن الطفل البطل من القضاء عليها». فهي بذلك تساعده على التغلب على خوفه الخيالي.

- خسارة المركز :

وقد يكون الخوف عند الطفل أحيانًا سبب قلقه من خسارة مركزه في العائلة . فعند قدوم مولود من الطبيعي أن يحوز اهتمام الأهل، غير أن الطفل لا يستطيع تفهّم هذا الأمر ويشعر بأن هذا الصغير جاء ليحتل مكانته، مما يشعره بالقلق الذي قد يعبّر عنه بنوبات الخوف التي تنتابه، كأن يستيقظ في الليل خائفًا مدعيًا، إذا صح التعبير، أن شبحًا يريد أن يخنقه أو أن ألعابه تنظر إليه ويصرّ على أن ينام في غرفة والديه.

فهو بذلك يبعث برسالة إلى أهله مفادها ضرورة الاهتمام به دون أن يعي ذلك ومن الملاحظ إن معظم الأطفال الذين يزورون العيادة لا يبدو عليهم الخوف أثناء روايتهم الأحداث التي تحصل معهم في الليل.

فإذا سألت طفل مثلًا: ما بك؟ يردّ وهو مبتسم: "أخاف عندما أكـون وحـدي في غرفتي، وأشعر بأن الذئب سوف يأتي ليلتهمني لكنـه يـذهب بمجـرد أن تـدخل والدتي إلى الغرفة". هذا النوع من الخوف ينتمي إلى خيال الطفل الذي يجد فيه وسيلة ممكنة لحل مشـكلة يعانيهـا لكنـه لا يـدرك ذلـك. ودور الأهـل أن يُشـعروا الطفـل بالطمأنينة وأنهم دائماً بقربه لحمايته، ويؤكدوا له محبتهم.

فمثلًا حين يقول الطفل أنه رأى ثعلبًا في غرفته يريد أن يلتهمه، يمكن لـلأم أن تقول له «الثعلب أكل ليلى في القصة لكنه لا يمكن أن يأتي إلى غرفتك لأن المنزل بعيد عن الغابة وأبوابه موصدة ولا يمكنه الدخول".

- **نمط الخوف :**

يعدّ الخوف إشارة تهدف إلى الحفاظ عـلى الـذات، وذلـك بتعبئتـه الإمكانـات الفيزيولوجية للكائن الحي. إذ يبدأ الخوف على صورة نـبض في الـدماغ فينبـه بـدوره الأعصاب الودّية لتنبه منـاطق مختلفـة في الجلـد وأعضـاء مختلفـة كالقلـب والـرئتين والأمعاء لتفرز علامات تدل على الخوف، مثل تعرق راحتي اليدين وخفقات القلـب وتسرع النبض والتنفس وجفاف الحلق...الخ.

والأعصاب الودية تؤدي عملها بواسطة مادة تسمى الأدرينالين، وهـي تُفـرز عند نهايات الأعصاب الكائنة في الأعضاء المعينة. وإن الغدتين الأدرنـاليتين نفسـيهما وهما تحت تأثير تنبيه أعصاب الود، تفرزان مادة أدرينالية إضافية في مجرى الدم لتزيـد المادة الإضافية هذه من نشاط الأعصاب الودية.

فالصورة الكاملة للخوف تنطوي على جميع الأعراض التي يسببها الأدرينالين، وتنتج عنه والتي سبق ذكرها، ولا يشعر الفرد في العادة بما يقوم به الجسم من عمل وما يؤديه من وظائف، ذلك لأن الأعصاب نظيرة الودية تنظّم عمل الأعصاب الودية. **وأنه فقط في الحالات غير الاعتيادية مثل حالات**: (الخوف – القلق – الغضب – الاستشارة) تتحكم الأعصاب الودية بالأعصاب نظيرة الودية فيشعر الفرد بوظيفة بعض الأعضاء.

أنواع المخاوف

للخوف نوعان متمايزان هما : الخوف الموضوعي والخوف الذاتي.

أ. **المخاوف الموضوعية**: هي الأكثر شيوعًا بين المخاوف، وهي ناجمة عن سبب يمكن التعريف عليه وكثير من الآباء يتعرفون عليه. ولما كان تحديد مصدر هذه المخاوف ليس عسيراً كان التغلب عليها بسرعة أمرًا ممكنًا – كالخوف من الحيوانات والأطباء والبرق والأماكن العالية والنار والجنود والماء في حوض السباحة أو البحر أو الخوف من النار ومن المدرسة-. وهذا النوع من الخوف يحصل نتيجة لتجارب أو خبرات غير سارة حصلت للطفل سابقاً أو إثر سماع الطفل قصة معينة أثارت في ذلك الوقت رداً انفعالياً سيئاً. ويعتبر هذا النوع من الخوف مفيد أحيانًا، فهو يدعو إلى الحيطة والحذر من بعض مصادر الخطر أو المواقف التي يلاقيها الطفل في حياته، فمثلًا خوف الطفل من النار يجنبه مخاطرها، وخوفه من السيارات أيضًا يمكن أن يجنبه حوادث السير، وهكذا. ولكن إذا زاد عن حدّه فإنه يمكن أن يصبح خوفاً مرضياً ويشكل عويصة للآباء والأطفال.

ب. **الخوف الذاتي :ويكون عامًا وغير محدد وليس واقعيًا**. وكثير من الأحيان لا يمكن تحديد أسباب هذا النوع من الخوف إلا بعد وقت طويل ودراسة دقيقة. ولعل أهم هذه المخاوف هو الخوف من الموت، والخوف من الظلام، وكلاهما يعاني منه كثير من الأطفال. والخوف أيضًا من الغيبيات المجهولة كجهنم والغول والعفاريت والجن وغيرها. فمثلًا تكون الأفكار الغامضة غير المحددة عن الموت أساسًا لقدر كبير من القلق العقلي عند الأطفال يفوق ما نسلم به عادة. ومن الأمثلة على ذلك طفل في الرابعة من العمر كان يعتريه الهم ويقاسي الأسى والجزع لأنه كان يخشى أن يُدفن في بطن الأرض حيًا، وكان مصدر هذا الخوف قصة سمعها عن لصوص للمقابر شرعوا ببتر أصابع سيدة دُفنت حديثًا كي يحصلوا على جوهرها، فإذا بها تعود إلى الحياة وكان الناس قد ظنّوا أن أجلها قد انتهى.

كما أن العادات والتقاليد في المجتمعات العربية تبالغ في طقوس الحزن عند وفاة شخص عزيز، فكثرة البكاء وإظهار الآلام والعزاء لعدة أيام كلها تجعل الطفل يقظًا يقظة شديدة للموت، وهذا قد يجعله يتوقع حدوث الموت له، وخصوصًا إذا كان قلقًا، كما يؤدي إلى أن يحلم أحلاماً مزعجة عن الموت وهكذا

♦ تأثير الخوف على الطفل :

إن الخوف هو انفعال يكثر تعرض الطفل له ويلعب دورًا يبلغ من الأهمية في تكوين شخصية الطفل حداً يتطلب أكبر قسط من العناية به وتدبير أمره. فكثير من المخاوف التي لابد أن يلقاها الطفل هي من النوع الهدّام المعجز ولا تجديه نفعًا، بل تشتت نشاطه الذي يجب أن يهدف وأن يستخدم في تحقيق رفاهية الطفل.

ويتفق علماء النفس على أن زيادة المخاوف لدى الطفل تعوق حريته وتلقائيته، كما تؤدي إلى نقص قدرته على مواجهة توترات الحياة.

والطفل الذي يخاف ليس من السهل عليه تكوين الأصدقاء، ويفضل أن يبقى مع نفسه ويرى أن العالم الخارجي من حوله ليس مصدر أمان وطمأنينة له ولذلك فإنه يتجنبه لأنه بذلك إنما يقي نفسه الدخول في مشاكل جديدة تجعله يشعر بالتعاسة. والطفل الذي يخاف لا يستطيع الاعتماد على نفسه ويصبح مشلولًا غير قادر على التصرف بمفرده في مواقف الحياة المختلفة في المنزل أو في المدرسة بين أقرانه فيفقد الثقة بنفسه لأنه يشعر أنه غير قادر على أداء أي عمل بنفسه دون خوف.

كما يجب أن يستعمل الآباء انفعال الخوف البنّاء في تنمية شخصية الطفل وتعويده النظام والواجب دون مبالغة ودون تخويف، وهذا سيساعده على المحافظة على نفسه وعلى التكيف في المجتمع وعلى النجاح في حياته المدرسية ومع أقرانه في البيئة.

الخوف و علاقته ببعض الاضطرابات الأخرى :

♦ الخوف والقلق :

من الطبيعي أن تحفز المواقف غير المألوفة أو الصعبة مشاعر القلق لدى الناس باختلاف أعمارهم، وتتراوح مشاعر القلق تلك من عدم الارتياح وصولًا إلى الذعر التام وذلك اعتمادًا على الشخص والموقف الذي يمر به، لذا قد لا يختلف القلق عند الأطفال كثيرا عن قلق الكبار في ماهيته، فالقلق في كلتا الحالتين عبارة عن مشاعر بشرية طبيعية، إذ يحفز قدرة الجسم على مواجهة الخطر وحمايتنا كبشر من التهديدات المحيطة.

فالقلق عند الأطفال -في مستوياته المعتدلة- عبارة عن عملية طبيعية وجزء لا يتجزأ من حياتهم، كالكبار تماما، إذ يحدث قلق الطفولة عند طفل واحد -على الأقل- من بين كل ٤ أطفال بين سن ١٣ و١٨ عامًا.

لكن رغم انتشار قلق الطفولة إلى هذا الحد فإن نسبة انتشار اضطرابات القلق الحاد لدى الأطفال بين ١٣ و١٨ عاما حوالي ٦٪، أي أن اضطرابات قلق الطفولة الشديدة تركت دون علاج في حوالي ٦٪ من الأطفال وهو ما يعتبر مشكلة في غاية الخطورة، ذلك لأن تراكم اضطرابات القلق في الطفولة -نتيجة لعدم قدرة الأطفال على التكيف معها والتغلب عليها- يرتبط ارتباطًا وثيقًا بحدوث الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب، ومرض الفصام عند البالغين، بالإضافة إلى العديد من الأمراض النفسية والعقلية التي يتعرض لها الأطفال فيما بعد مرحلة البلوغ.

يظهر اضطراب القلق عند الأطفال في الكثير من الحالات عن طريق الانسحاب من المواقف التي تثير المخاوف والتقليص من الأشياء والأفعال التي تحفز الضغوطات، فيظهر سلوك الانسحاب الذي لا يمكن إدارته أو التحكم فيه من قبل الأطفال كاستجابة إلى الحاجة الماسة للخروج من الوضع غير المريح، لكن غالبا ما يُساء فهم هذا السلوك، إذ يتم تفسيره على أنه حالة من العدوانية والمعارضة والغضب.

إن قلق الطفولة يعتبر واحدًا من تلك التشخيصات فائقة التخفي التي من الممكن أن تبدو مثل الكثير من التشخيصات الأخرى، خاصة مع الأطفال الذين لا يمتلكون القدرة على التعبير عن أنفسهم أو مشاعرهم بشكل فعال من خلال الكلمات، أو الأطفال الذين لا يستمع إليهم من حولهم، وبالتالي يظهر قلقهم على

صورة خلل في السلوك مثل الانهيار أو المعارضة أو حتى العدوانية، وهو ما يفسره من حولهم على أنه نوع من الغضب وليس اضطراب من اضطرابات القلق.

كما يعاني العديد من الأطفال من قلق الانفصال الطبيعي بين سن ١٨ شهرًا و٣ سنوات، وهو قلق طبيعي يتعرض له الأطفال عندما يخرج أحد الوالدين من المنزل أو يختفي عن الأنظار أو يتركهم بمفردهم، بينما يتحول هذا القلق الطبيعي إلى اضطراب قلق الانفصال -كجزء أصيل من اضطرابات قلق الطفولة- عندما يحدث في الأطفال الأكبر سنا، إذ يعاني الطفل من القلق المفرط عند الابتعاد عن والديه أو أحد أفراد أسرته، فلا يقوى على الذهاب إلى النوم بمفرده ولا يقدر على ترك المنزل والذهاب إلى المدرسة، فيؤثر اضطراب قلق الانفصال على ٤٪ من الأطفال، إذ يحدث عند الأطفال في سن السادسة، بينما يكون أكثر شيوعًا في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ و٩ سنوات.

ويعاني العديد من الأطفال -أيضًا- من اضطراب القلق العام، وهو القلق المفرط والمستمر بشأن العديد من الأشياء المختلفة مثل: الصحة أو العائلة أو المدرسة أو الاختبارات أو المال أو السفر وغيرها من الأشياء التي تشغل تفكير الطفل خلال حياته اليومية، فيؤثر اضطراب القلق العام في ٣.١٪ من سكان الولايات المتحدة الأميركية، أي ما يصل إلى ١٠ ملايين شخص بالغ.

بالإضافة إلى اضطراب قلق الانفصال واضطراب القلق العام، يعاني الكثير من الأطفال -بداية من سن الثالثة عشر- من اضطراب القلق الاجتماعي، ووفقا للجمعية الأميركية للقلق والاكتئاب فإن اضطراب القلق الاجتماعي يؤثر في حوالي ١٥ مليون شخص أميركي بالغ، وهو عبارة عن اضطراب يعاني فيه الفرد من القلق

الشديد والتوتر الزائد في المواقف التي يشعر فيها بأنه في بؤرة التركيـز، أو عنـد التحدث أمام الغرباء حيث يشعر بـالقلق خوفًـا مـن أن يـتم الحكـم عليـه مـن قبـل الآخرين.

لا يوجد سبب أساسي واضح -إلى الآن- مسئول عـن حـدوث اضـطرابات القلق لدى الأطفال، حيث يعتقد خبراء الصحة النفسية أن القلـق نـابع مـن تشـابك العديد من المسببات التي يؤدي كل منها دورا في ظهور اضطرابات القلق، فيلعب كل من علم الوراثة والجينات وكيمياء الدماغ الحيوية دورًا جوهريًا في إثارة اضـطرابات القلق -جنبًا إلى جنب- مع السـلوكيات المكتسـبة ونمـط المعيشـة وأسـلوب الحيـاة المسبب للإجهاد والتوتر. فتؤثر الجينات على كيمياء الدماغ وتنظيم النواقل العصـبية، حيث إن الطفل الذي يعاني أحد أفراد عائلته من القلق يكون لديه فرصة أكبر لتطوير اضطرابات القلق في طفولته المبكرة، بالإضافة إلى ذلك فقد تمهد التحـولات الرئيسـة والظروف المعيشية والاضطرابات الحياتية التي تحدث في حيـاة الطفـل مثـل تعرضـه للاعتداء أو خسارة أحد أفراد أسرتـه أو حتـى الانتقـال مـن مدينـة إلى أخـرى إلى الإصابة باضطرابات القلق في مرحلة الطفولة.

فيؤثر اضطراب قلق الطفولة على حياة الطفـل بكافـة جوانبهـا، ففـي الغالـب يتجنب الأطفال التحدث عما يمرون به خوفا من عدم تفهم آبائهم وتوجيه النقد لهـم أو اتهامهم بالضعف والخوف والجبن، وبالتالي فإنـه يمكـن التعـرف عـلى الأعـراض المميزة لاضطرابات القلق من خلال طريقة تفاعل الأطفـال مـع حيـاتهم الاجتماعيـة بشكل عام، حيث يعد سلوك الطفل في المنزل والمدرسة مؤشرًا مهمًا يمكن الاسترشاد به.

تتميز أعراض وعلامات اضطرابات قلق الأطفال بانتقائيتها وخصوصيتها حيث تختلف الأعراض باختلاف نوع الاضطراب، لكن يمكن تحديد الأعراض العامة لاضطرابات القلق عند الأطفال في الخوف والقلق المفرط وعدم القدرة على التحكم في المخاوف والسيطرة عليها، وكذلك الغضب وضعف التركيز والتهيج وحدوث الشد العضلي، بالإضافة إلى آلام البطن والإرهاق المستمر والإعياء المتوالي أثناء ساعات النهار، وكذلك الأرق واضطرابات النوم.

ويمكن القول أن كلمتي الخوف والقلق غالباً ما يتم استخدامهما بصورة تبادلية. فردود الأفعال البدنية إزاء الخوف والقلق تتشابه إلى حدّ بعيد ويتأثر الجهاز العصبي اللاإرادي بهما ويؤثر على الجهاز المعدي المعوي ويزيد من إفراز الأدرينالين ويزيد من معدل نبض القلب وهكذا.

ومن الأهمية بمكان أن نفرّق بين هذين الانفعالين عند الأطفال، فالخوف يعتبر ردّ فعل انفعالي إزاء تهديد معين، فالطفل الذي يخاف من شخص أو حيوان أو شيء أو موقف ما يدرك مصدر الخوف على أنه أقوى منه ومن ثم القدرة على إيذائه، فهو ضعيف قياسًا إلى القوة التي تهدده. وما يخفف من الخوف وجود شخص قوي ودود مثل الأم أو الأب أو الأخوة الأكبر سنًا. ويمكن أن يتغلب الطفل على الخوف إذا ألف مصدر التهديد (كالحجرة المظلمة أو الكلب أو غيرها...).

أما القلق فينشأ من إحساس عام بالضعف، ومن هنا تكون عدم القدرة على مجابهة الأخطار، فالطفل المرتعب يشعر أنه لا يستطيع التصدي لخطر بعينه أما الطفل القلق فإنه يقلل دائمًا من شأن قدرته على مواجهة الحياة بصفة عامة أو مواجهة معظم

المواقف.ولا يساعد وجود أشخاص حوله على القضاء على إحساسه بعد الارتياح، فالقلق يأتي من الداخل ومن اللاشعور وليس من الخارج. فالطفل الذي يعاني من القلق ليس لديه مشكلة خارجة وإنما هو نفسه المشكلة وشخصيته ككل، فهو لا يخاف شيئاً معيناً وإنما يخامره إحساس عام بعدم الأمان، وهذا الإحساس قد يؤثر على سلوكه الكلي تأثيراً ضاراً مما يتسبب في عرقلة تعلمه ومواجهة الصعوبات الاجتماعية وكثير من المشكلات المختلفة التي تنضوي تحتها بعض المخاوف النوعية.

أما أوجه الاختلاف بينهما فتنحصر في أن سبب الخوف يكون معروفًا دائمًا، وهذا لا يتوفر في حالات القلق كلها، كما أن مصدر الخوف خارجي دائمًا بعكس القلق إذ يكون مصدره داخلي. ويناسب الخوف مصدره، وهذا لا يتوفر في القلق، ويهدد القلق الشخصية بدرجة كبيرة ويجعل الفرد يشعر بالعجز تجاه الخطر.

- الخوف و الاكتئاب :

الاكتئاب عند الأطفال هو اضطراب شديد في الحالة المزاجيه يمكن أن يسلب السعادة من حياة الطفل. من الطبيعي أن يكون الطفل متقلب المزاج أو حزين من حين لاخر. يمكنكم توقع مثل هذه المشاعر بعد موت حيوانه الأليف أو الانتقال إلى مدينة جديدة. لكن إذا استمرت هذه المشاعر لأسابيع أو أشهر، فإنها قد تشكل علامة على الاكتئاب..

أساليب مجابهة الخوف لدى الأطفال:

- التحدث مع النفس :

إن التحدث مع النفس هو العلاج والترياق القوي لمواجهة ثقافة الخوف الطفولي. إن الشعور بالعجز والخوف يحل محله شعور مستقل من المهارة يقترح على

الأطفال التحدث مع أنفسهم بصمت؛ لكي يشعروا بالتحسن تقول للأطفال بأن التفكير في المواقف أو الأشياء المخيفة يجعلهم أكثر خوفًا، أما التفكير بأفكار إيجابية يقود إلى مشاعر أهدأ وإلى سلوكات أشجع يقول الطفل لقد فهمتها (أنا أشعر بالشجاعة) (سوف ينتهي كل شيء) (كل شيء على ما يرام) (أنا تمام) (إنه فقط خيالي) إن الوحوش موجودة فقط في الأفلام ولن يحدث شيء، إن الرعد لن يؤذيني إنني سوف أتمتع برؤية العاصفة ، من الضروري أن يرى الأطفال كيف يمكن أن يوقفوا خيالاتهم المخيفة وأن يفكروا ويقولوا (توقف)، ومباشرة يقولون تعليقًا إيجابيًا لأنفسهم (إنني لا أستطيع أن أحتمل ذلك).

♦ الخيال الإيجابي:

إن استعمال الطفل لخياله بصورة إيجابية من أهم الطرائق التي ينصح بها في مواجهة ثقافة الخوف الطفولي، فتصور الطفل لأحداث قصة مشوقة أو رحلات ممتعة أو مناظر ومشاهد خلابة يريحه ، ويقضي على توتره ، ويزيل خوفه إن الخيال يستغل كوسيلة يرى الطفل من خلالها نفسه أكثر قدراً واستعداداً على تحمل المشكلات والتغلب على المخاطر والتعامل مع المواقف الجديدة ، كذلك يمكن استغلال قصص الأطفال المسلية التي تصف وتتحدث عن الأشياء والمواقف المثيرة للخوف ، والتي توحي بوسائل ناجحة للقضاء على ذلك الخوف.

♦ مكافأة الشجاعة:

إن مكافأة الطفل على السلوك الشجاع من الطرائق الفعالة التي ينصح بإتباعها في مواجهة ثقافة الخوف الطفولي، فيجب أن يمتدح الطفل على كل خطوة شجاعة وتقديم المكافأة المادية له، ويمكن تحديد سبب المخاوف وزمانها ومكانها تحديدًا دقيقًا

ومكافأة الطفل إن استطاع أن يتحمل مقدارًا صغيرًا جدًا من تلك المواقف، فكثير من الأطفال يستمتعون باكتساب المكافآت عن طريق إظهار مدى شجاعتهم فإذا قال الطفل: مرحبًا مثلًا لشخص غريب يحصل على خمس نقاط، وإذا أجاب على الهاتف يحصل على عشر نقاط، وبالتحدث مع أشخاص مختلفين يجمع الطفل تدريجيًا عددًا من النقاط التي تستخدم للحصول على امتيازات أو ألعاب.

♦ **مشاهدة النماذج :**

تعتبر هذه الطريقة طريقة طبيعية لمواجهة ثقافة الخوف الطفولي، فالطفل يتعلم من خلال الملاحظة كيف يتعامل الأفراد مع المواقف، والطفل الذي يلاحظ ذلك يبدأ بشكل تدريجي بالتعامل دون خوف مع مواقف تزداد درجة الإخافة فيها شيئًا فشيئًا، ويفضل أن تكون النماذج من الأشخاص العاديين حتى لا يرى الأطفال النموذج وكأنه شخص يتمتع بصفات خاصة تجعله قادرًا على أن يكون شجاعًا.

إن الملاحظة تقنع بعض الأطفال بأن ما يخافونه هو في الواقع لا خطورة فيه، ومن الأمثلة على ذلك استخدام نماذج متلفزة من الرفاق لمساعدة الطفل للتغلب على قلق الامتحان، فقد تم تعريض النماذج بشكل تدريجي لمواقف امتحان تزداد إثارتها للخوف شيئًا فشيئًا، وبذا أصبح الأطفال الذين قاموا بالملاحظة أقل خوفًا من الامتحانات المدرسية

التدريب :

إن التدريب يمكن الأطفال أن يشعروا بالراحة عندما يكررون أو يعيدون حوادث مخيفة نوعًا ما، ويعتبر اللعب لدى صغار الأطفال شكل طبيعي للتدريب، فالألعاب والتمثيل تمكن الأطفال من التعبير عن أشكال متعددة من المشاعر والمخاوف.

إن امتداح الأطفال من قبل الكبار يعززهم على ممارسة التدريب المتعلق بالأشياء المخيفة، كما أن استخدام لوحة تبين مدى التقدم هو في حد ذاته معزز بالنسبة لبعضهم، كما أن بعض الأطفال يستجيبون وبشكل جيد للتدريبات المرئية أو المنظورة، والتي هي عبارة عن تمرين عقلي للسير في نشاطات متعددة، ويستطيع الكبار رسم السلوكات البديلة للمخاوف لكي يجهزوا الأمر لبعض المواقف المخيفة.

المراجع

١. أحمد محمد مبارك (٢٠٠٥). سيكولوجية المخاوف ، (ط١)، عمان، دار حنين.

٢. عكاشة عبد المنان (٢٠٠٤). الخوف والأرق والقلق عند الأطفال، (ط١)، عمان ، دار الأخوة.

٣. مبارك ربيع (١٩٩١). مخاوف الأطفال وعلاقتها بالوسط الاجتماعي، (ط١)، المغرب، كلية الآداب والعلوم.

٤. محمد جميل (١٩٨٤). قراءات في مشكلات الطفولة، (ط٢)، جدة، تهامة للنشر والتوزيع.

٥. محمد سعيد (١٩٩٦) . آراء علماء النفس في الخوف ومثيراته ، (ط١)، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

٦. هشام محمد (١٩٩٦) . الخوف عند الأطفال ، رسالة المعلم ، العدد الرابع.

٧. يوسف ميخائيل ، (١٩٩٠) .سيكولوجية الخوف، (ط١) ، القاهرة ، نهضة مصر .

٨. *Axon, K. (n.d.) The Anti-Child Bias of Children's Advocacy Groups Chicago, IL: Americans for a Society Free of Age Restrictions*

٩. *Djordjevic, S. (٢٠٠٤) Dictionary of Medicine: French-English with English-French Glossary. Schreiber Publishing, Inc.*

١٠. *Kemeter, P. & Fiegl, J. (١٩٩٨) "Adjusting to life when assisted conception fails," Human Reproduction. ١٣٤ p. ١٠٩٩–١١٠٥.*

١١. *Kring, A., Davison, G., et al. (٢٠٠٦) Abnormal Psychology Wiley.*

١٢. *Lewis ،Paul (٢٣ October ٢٠٠٦). "Fear of teenagers is growing in Britain, study warns". London: Guardian.*

١٣. *McDonald, R. (١٩٦٨) "The Role of Emotional Factors in Obstetric Complications: A Review," Psychosomatic Medicine ٣٠ p. ٢٢٢-٢٣٧. American Psychosomatic Society.*

١٤. *Schwartz, C., Houlihan, D., Krueger, K. F., Simon, D. A. (١٩٩٧) "The Behavioral Treatment of a Young Adult with Post Traumatic Stress Disorder and a Fear of Children," Child & Family Behavior Therapy, ١٩١, p ٣٧-٤٩.*

١٥. *Scott, S., Jackson, S., & Backett-milburnswings, K. (١٩٩٨) "Swings and roundabouts: Risk anxiety and the everyday worlds of children," Sociology, ٣٢ p. ٦٨٩-٧٠٥. Cambridge University Press.*

الفصل الثالث
الخوف الاجتماعي المرضى (الرهاب الاجتماعي)

اضـطراب القلـق الاجتماعـي أو الرهـاب الاجتماعـي (*Social anxiety disorder*) هو نوع من الاضطرابات التي تحدث للفرد عنـدما يتعـرض للحـديث لأول مره أمام أشخاص لا يعرفهم فيشعر بالخوف والتوتر الزائد، وفي المواقف التـي يشعر فيها الشخص أنه تحت المجهر أو داخـل حلقـه التركيـز وأن الكـل ينظـر إليـه، فيخاف أن يظهر عليه الخجل أو الخوف أو أن يخطئ أو يتلعثم مما يؤدي به للارتجاف والخفقان وضيق التنفس وجفاف الحلق والتعرق.الخ.

يعـد اضـطراب القلـق الاجتماعـي (*SAD*) والـذي يعـرف أيضًـا بالرهـاب الاجتماعي قلقًا يتسم بكمية كبيرة من الخـوف في موقـف اجتماعـي أو عـدة مواقـف مسببة أسى شديدًا و عجزًا في أداء المهمات في بعض أجزاء الحياة اليومية عـلى الأقـل، كما قـد يتسـبب تـدقيق الآخـرين الفعـلي أو المتصـور في هـذه المخـاوف .وتتضـمن الأعراض الجسدية عادةً كلاً من الاحمـرار الشـديد، والتعـرق المفـرط، والارتجـاف، والخفقان، والغثيان، وقد يظهر عَرَض التعلثم، وسرعة الحدث .

وقد تحدث أيضًا نوبات ذعر في ظل عدم الارتياح والخوف الشديد وقـد يلجـأ بعض ممن يعانون إلى تعاطي الكحـول أو المخـدرات لتخفيـف الخـوف والكبـت في المناسبات الاجتماعية، وتشيع هذه الطريقة عند الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي خاصة إذا كانوا غير مشخصين أو غير معالجين أو كلاهما ولكـن قـد يـؤدي هـذا إلى إدمان الكحول واضطرابات في تناول الطعام أو أية أنواع أخـرى مـن تعـاطي المـواد الإدمان. وقد يشار إلى اضطراب القلق الاجتماعي ب"مرض فقدان الفرص" حيـث "يقدم الأفراد على اختيارات كبرى في حياتهم لاستيعاب مرضهم".

والمعايير التشخيصية الأساسية لاضطراب القلق الاجتماعي هي الخوف من أن يكون الشخص محط الأنظار، أو الخوف من التصرف بطريقة محرجة أو مهينة، والتجنب، وأعراض القلق يمكن أن تستخدم مقاييس التقييم المعيارية لتشخيص اضطراب القلق الاجتماعي وقياس شدة القلق. وأول علاج له هو العلاج السلوكي المعرفي (*CBT*) مع الأدوية المقترحة فقط لهؤلاء غير المهتمين بالعلاج، ويعد فعالاً في علاج الرهاب الاجتماعي سواء كان فرديًا أو في مجموعة. تسعى العناصر السلوكية والمعرفية لتغيير أنماط التفكير والتفاعلات الجسدية للمواقف المحفزة للقلق. وقد تزايد (ازداد) الاهتمام المُبدي لاضطراب القلق الاجتماعي منذ ١٩٩٩مع الموافقة على أدوية هذه المعالجة وتسويقها. تتضمن الأدوية الموصوفة عدة درجات من مضادات الاكتئاب: مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، ومثبطات استرداد سيروتونين الإبنيفرين، ومثبط أكسيداز أحادي الأمين .وتتضمن الأدوية الشائعة الاستخدام الأخرى حاصرات بيتاو بنزوديازيبين. ويعد هو أكثر اضطراب قلق شائع حيث يصاب ١٠٪ من الأشخاص به في مرحلة ما من حياتهم.

عندما تحدث هذه الأعراض في موقف ما فإن المرء يخاف ويتجنب المشاركة في المواقف الاجتماعية أو الدخول في مناقشات. الخ،مما يزيد من مخاوفه ويضعف ثقته بنفسه، فيجعله سلبيًا وعرضه لهذه المشاعر في المستقبل مما يزيد الحالة سوءًا وتعقيدًا.

يبدأ هذا الاضطراب مبكراً في سن الطفولة أو بداية المراهقة حيث تبدأ معظم الحالات في الظهور عند سن الخامسة عشرة تقريبًا. وقد وجدت دراسات مختلفة أن هناك مرحلتين يكثر فيهما ظهور هذا الاضطراب: ما قبل المدرسة على شكل خوف من الغرباء، ومرة أخرى بين ١٢-١٧ سنة على شكل مخاوف من النقد والتقويم الاجتماعي، وتظهر بشكل ملحوظ في سلوك الإناث أكثر من سلوك الذكور، وتندر

الإصابة به بعد الخامسة والعشرين من العمر.

وبالرغم من أن الإصابة بالرهاب الاجتماعي تحدث في هذه المراحل المبكرة إلا أنه يعتبر أيضاً من الاضطرابات النفسية المزمنة التي قد تستمر عشرات السنين والتي تؤثر بصوره سلبيه على حياة الشخص اليومية، الاجتماعية والعملية. ومع ذلك فإن المصابين بالرهاب الاجتماعي حتى مع علمهم بهذه الحالة قد يتأخرون في طلب العلاج سنين عديدة، إما بسبب خجلهم من الحالة نفسها أو خوفاً من مواجهتها والاعتراف بوجودها.

مفهوم الرهاب الاجتماعي:

الرُّهاب *Phobia* في اللُّغة: مأْخوذ من كلمة الخوف *Fear* في اللُّغة اليونانيَّة، والرُّهاب في موسوعة علم النَّفس هو خوفٌ ثابتٌ وغيرُ منطقي من موضوعٍ أَو نشاطٍ أَو موقفٍ مُعيَّن.

وهو خوفٌ غير طبيعي (مرضي) دائم ومُلازم للفرد من شيء غير مُخيف في أَصْله، وهذا الخوف لا يسْتندُ إِلى أَساسٍ واقعي، ولا يُمْكنُ السَّيْطرة عليه من قِبَل الفرد رغم إِدْراكه أَنَّهُ غيرُ منْطقي، ومع ذلك فهو يعْتريه ويتحكَّم في سلوكه، وهو شُعورٌ شديد بالخوف من موقفٍ لا يُثير الخوف نفسه لدى أَكْثر النَّاس، وهذا ما يجْعل الفرد يشعر بالوحدة، والخجل من نفْسه، ويتَّهمُ ذاته بالجبن وضعف الثِّقة بالنَّفْس.

كما انه مخاوف مصحوبة بالتَّوتُّر والاضطِّراب عند مُواجهة أُناس غُرباء، يتخلَّله استجابة انْفعاليَّة ومعْرفيَّة سلوكيَّة لموقفٍ اجْتماعي، ويُدركُ الفردُ أَنَّه خوفٌ غيرُ مُبرر، فيُؤدِّي به إِلى الانْزعاج والضِّيق الذي ينْتهي بالانْسحاب والتَّجنُّب، وهو عبارة عن اضطِّرابات وظيفيَّة أو علَّة نفْسيَّة المنْشأ، ولا يوجد معها اضطِّراب جوهري في إِدْراك الفرد للواقع.

ويعد ايضًا استجابة معرفيَّة، وسلوكيَّة، وانْفعاليَّة لموقفٍ اجتماعيٍّ مُعيَّن لدى الفرد، يتضمَّنُ مشاعر الضِّيق الاجتماعي، والتَّجنُّب الاجتماعي، والخوف من التقييم السَّلبي له من قبل الآخرين، وتجاهل مواطن القوَّة لديّه، وظهور أعراض فسيولوجيَّة مثل: احمرار الوجه، وسرعة ضربات القلب، والدوخة، والعرق الغزير، وارتجاف اليديّن والقدمين، والشُّعور بالغثيان.

ويُعَرَّفُ الرُّهاب الاجتماعي طبقاً للدَّليل التَّشْخيصي- الإِحصائي الخامس للاضطِّرابات العقليَّة(*DSM-V*) والصَّادر عن الجمعيَّة الأَمريكيَّة للطِّبِّ النَّفسي (*APA*) بأَنَّه: "الخوف الملحوظ والمُستمر من موقفٍ واحدٍ أَو أَكثر من المواقف الاجتماعيَّة، والتي يُحتمل أَن يتعرَّض فيها الفرد للتَّدقيق من قبل الآخرين، حيثُ يخافُ الفرد أَنَّه سوف يتصرَّف بطريقة مُحرجة، أَو أَن تظهر عليه أَعراض القلق بحيث يراها الآخرون ويفسِّرونها بشكلٍ سلبي، ويُدركون أَنَّهم لم يحظَوا بالرِّضا والاستحسان من الآخرين، بل يُعايشون الذلَّ والخزي والارتباك في هذه المواقف، ونتيجة لذلك فهم يتجنَّبون المواقف الاجتماعيَّة".

كما انه حالةٌ مرضيَّةٌ مُزْعجةٌ، تُؤدِّي بالفرد إلى العجْز، فيُصْبِحُ غير قادرٍ على التَّفاعُلِ معَ الآخرين، أَو التَّحدُّث أَمامهم، ويفْشلُ في أَداءِ مسؤوليَّاته الدِّراسيَّة والمهنيَّة، ويرفضُ الانْغماسَ في المواقفِ الاجْتماعيَّة المُخْتلفة، خوفاً من التَّقييم السَّلْبي من قبل الآخرين.

وهو أيضًا قلقٌ شديدٌ وارتباكٌ في المواقف الاجْتماعيَّة، حيثُ يُعاني المُصابون بـه من خوفٍ شديدٍ من أَنْ ينظرَ الآخرون إِليهم وأَنْ يُطْلِقـوا علـيهم أَحْكامـاً وتقْيـيمات سلْبيَّة، والخوف من أَنْ تُسبِّب أَعْمالهم وتصرُّفاتهم إِحْراجاً لهم، ويُمْكنُ لهذا الخوف أَنْ يكون شديداً لدرجةِ أَنَّهُ يتَـدَخَّل في الأَداء المِهنـي أَو الـدراسي، أَو الأَنْشـطة الحياتيَّـة الأُخْرى.

و خوفٌ مستمرٌ وملحوظٌ، وقلقٌ شديدٌ يظهرُ لدى الأفرادِ في مواقفِ التَّفاعـلِ الاجتماعيِّ والأداءِ العام، حيث يكونُ سـلوكُهُم موضـعَ ملاحظـةٍ وإمعـانٍ وتـدقيقٍ للنَّظرِ فيه من الآخرين، سواء أكان ذلك واقعيًّا أو متخيلًا، والحكم والتَّقيـيم السَّـلبي من الآخرين عليهم في أثناءِ هذه المواقف الاجتماعيَّة.

ولذا فإنَّهم يُعانونَ الكدر والضِّيق، ويشعرون بالخزي والارتباك فيهـا، فتظهـرُ علـيهم أعـراضٌ جسـميةٌ مثـل: العـرق، واحمـرار الوجـه، والصُّـعوبة في الحـديث، والمعارف السَّلبية، وإنَّ الشَّخص ذو القلق الاجتماعي يتجنَّـب المواقـف الاجتماعيَّـة، ويرتفع مستوى القلق لديه، والخوف والتجنُّب يتعارضان بشـكلٍ دالٍّ مـع الوظـائف الاجتماعيَّة والأسريَّة والمهْنيَّة والأكاديميَّة للفرد.

كما يُعرِّفه التَّصنيف الدولي العاشر للاضطِّرابات النَّفسـيَّة (*ICD-١٠*) الصَّـادر عن مُنظَّمة الصِّحَّة العالميَّة (*WHO*) بأَنَّه "خـوفٌ مـن المُلاحظـة والتَّـدقيق مـن قبـل الآخرين لسلوكاتِ الفرد، كالأَكل والتَّحدُّث أَمـام النَّـاس، وهـذا يُـؤدِّي بـالفرد إِلى تجنُّب المواقف الاجتماعيَّة.

كما انه هو الخوف الشَّديد والمُسْتمر في المواقف الاجْتماعيَّة التـي تُثـيرُ الخجـل، فيحْدثُ لدى الفرد الارْتباك والشُّعور بالإِحْراج حينَ التَّحدُّث أَمام الآخرين أَو

مُقابلة شخص أَو مُمارسة أَعْمال عاديَّة كتناول الطَّعام والشَّراب أَمـام الآخـرين أَو في الاجْتماعات العامَّة، فيشْعُرُ الفردُ بدوام المُراقبة من قبل الآخرين.

أسباب الرهاب الاجتماعي

تعد التربية أو التنشئة الخاطئة للفرد خاصة في المجتمعات التي يسودها التحفظ أو تطغى عليها الأبوية والتسلط والبيئة التي ترفض إبداء الرأي والتعبير عنه، فينشـأ الفرد وهو يراقب كل حركاته وسكناته، فهذه نتيجة حتمية للتخويف من الناس ومن المجتمع "حذار أن يراك الناس"، "ماذا يقـول النـاس عنـك" فـلا يتصرـف بكامـل الحرية ويشعر دائمًا بالخوف ولا تكون له الإرادة المطلقة في هذا التصرف ولكن يبقـى يراقب أعين المجتمع باستمرار.

وهكذا ينشا مرض الرهـاب الاجتماعـي لـدى الفـرد ، إضـافة إلى ذلـك فقـد يتعرض الفرد إلى التعنيف اللفظي والجسـدي المبـالغ فيـه سـواء داخـل الأسرة أو في المجتمع، في المدرسة مما يزيد الأمر تعقيدا، ومن أهم العناصر التي يهملها الآباء أثنـاء عملية التربية هي العمل على زرع الثقة في نفوس أبنائهم والعكس فلربما وجدنا بعض الآباء والأمهات يسخرون من أولادهم ويذكرونهم بقبائحهم باستمرار الجسدية منها والمعنوية فتجد الأب يقول لابنه : " أنت كسول، أنت جبان أنت غبي " وتقـول الأم لابنها أو لابنتها "أنت قبيحة الوجه" "أنت أسنانك كذا. أو أنفك .أو " دون مراعـاة للمشاعر البريئة خاصة في فترة الطفولـة وخـلال العشرـ سـنوات الأولى مـن العمـر وخلال سنين المراهقة، وينشأ عن هذا نوع من الخجل المبالغ فيه خاصـة أمـام النـاس بمعنى أن يصير الفرد ينظر إلى نفسه نظرة دونيـة ومـن هنـا يبـدأ الـداء أيضًـا، ومـن مضاعفات ذلك أن ينشأ قلق تنطبع به شخصية الفرد دون معرفة أي سبب له ثم يولد

ذلك حب الفرد للعزلة والانطواء على النفس ويدخل الفرد في صراع مع نفسه لا يدري له أي مبرر.

أعراض الرهاب الاجتماعي وبعض تأثيراته على الحياة السليمة للفرد أحب هنا أن أركز على بعض الأعراض غير المعروفة لدى كثير من الناس لأن أعراض الرهاب كثيرة ومنها: إضافة إلى الخجل والخوف من الناس وخاصة التجمعات لأكثر من شخصين والانطواء والكآبة المستمرة والملل الدائم والقلق والوساوس والشرود والهم الدائمين والنحافة الجسدية عند أكثر المصابين **بالرهاب هناك أيضًا**:

- النظر بتوجس وريب إلى الناس.
- النظر إلى الأشخاص دائما يكون حاداً.
- التعامل بطريقه محدودة مع الناس والمجتمع في العلاقات الاجتماعية حتى الضرورية منها.
- المصاب بالرهاب غالبًا يخاف من التعبير عن رأيه وهو شديد المداراة للناس (هذا ناتج عن عدم ثقته بنفسه وأيضا الخوف من محاسبة الناس له).
- تصرفات المصاب بالرهاب تتسم بالتناقض فهو يحب ويكره في نفس الوقت مثلًا...
- مع مرور الوقت تضعف الذاكرة وينحل الجسد.
- ومن أعراض الرهاب الاجتماعي الجسدية بالإضافة إلى النحافة هناك تسارع للنبض، الشعور بالغثيان أحيانًا خاصة أمام الجمهور، في الحفلات والمناسبات أو الأسواق.إضافة إلى فقدان الشهية، والحاجة إلى الجنس، وكل هذا يرجع إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي الذي برمجة صاحب المرض على ذلك بمرور الوقت.

- يشعر المريض بالندم دائمًا نتيجة تصرفاته فهو شـديد المراقبـة لها مـع النـاس ويقول دائما " ليتني ما تكلمت.ليتني ما فعلت" ...
- لا يستطيع الفرد على ذلك بناء علاقة اجتماعية قوية وصـادقة مـع أي إنسـان حتى مع أقاربه... فهو يشك في كل شيء...
- يميل المريض عاده إلى إعطاء الأمور حجما يفوق حجمها نتيجـة خـوف مـن مراقبه الناس له، وأحيانًا يقع في التناقض كما أسلفنا فقد يرى الشـــيء التافـه أمرًا في غاية الخطورة ويرى المصاب الجلل تافهًا.

هناك أطفال أكثر عرضة من غيرهم للخوف بسـبب وضـعهم المزاجـي العـام والنقد الزائد يطور مشاعر الخوف لدى الأطفال ويجعلهم يتوقعون دائمًا الاستجابات السلبية ويبدو وكأنهم يتوقعون النقد، ويؤدى التقييم المتكرر السلبي إلى نتيجة مشابهة ويعتمد شكل الخوف على الجانب الذي يوجه إلى النقد لدى الطفل فالأطفـال الـذين ينتقدون بسبب فاعليتهم قد يصبحون أطفال خجلين خـوافين أمـام الضـبط الزائـد، يمكن أن ينتج أطفال خوافين وخاصة الخوف من السلطة ومثل هؤلاء الأطفـال قـد يصابون بالرعب تجاه المعلمين ورجال الشرطة.

الظروف الأسريـة المضطـربة مثل الانفصال والطلاق والشجار وهـى من أهم الأسباب وراء عدم الشعور بالأمن النفسي فالبيئة المشحونة بمثل هـذه التـوترات لهـا تأثير سلبي لأنها تزعزع ثقة الطفل بوالديه وتؤدى إلى عـدم الشـعور بـالأمن النفسي ـ وهم بالتالي يحسون بأنهم أقل قـدرة مـن غـيرهم عـلى التعامـل مـع مخـاوف الطفـل العادية.

حتى المناقشات حول المشكلات المالية والاجتماعية قد تخيف الأطفال لاسيما الحساسين الذين يشعرون أنهم مثقلون بمشكلات الأسرة التي لا يستطيعون فهمها أو يسيئون تفسيرها وتتضخم هذه المشاعر في حالة إدراك الأطفال في وجود ضعف في قدرة الآباء على مواجهة المشكلات والصدمات الانفعالية الشديدة والمؤلمة.

مظاهر الرُّهاب الاجتماعي:

هناك مظاهر واضحة للرُّهاب الاجتماعي تختلفُ من شخصٍ لآخر حسب أَساليب تنشئته واستعداداته ومُكوِّناته البيولوجيَّة، **وقد حصرتها في ثلاثة مظاهر:**

١. المظهر السُّلوكي:

وله عدَّة أَعراض تشمل: سلوك الهرب من المواقف الاجتماعيَّة، قلَّة التَّحدُّث والكلام بحضور الغُرباء، التَّردُّد في التَّطوُّع لأَداء مهام فرديَّة أَو اجتماعيَّة، مشاعر الضِّيق عند الاضطِّرار للحديث في المُناسبات الاجتماعيَّة، الخوف من أَّن يكونَ مُلاحظًا من قبل الآخرين، والتَّلعثم في الكلام.

٢. المظهر الفسيولوجي:

ويتجلَّى في أَعراض جسديَّة تشملُ: زيادة النَّبض، مشاكل في المعدة (كسوء الهضم والانتفاخ)، رطوبة وعرق زائد في اليديْنِ والكفَّين، جفاف في الفم والحلق، الارتعاش اللاإِرادي، اضطِّرابات التَّنفس (كسرعة التَّنفُّس، النهجان)، نقص الحيويَّة والنَّشاط والمُثابرة، وتوتُّر العضلات والإرهاق.

٣. المظهر المعرفي:

ويتمثَّلُ في أَفكارٍ تقييميَّة لتقدير الذَّات، القلق الدائم من ارتكاب الأَخطاء، التَّفكير المُستمر والمُتكرِّر للمواقف الاجتماعيَّة المُثيرة للقلق وما يعتقده الآخرون عنه، امتلاك خيال سلبي، والانتباه الزائد من قبل الفرد بنفسه.

كما أن مظاهر الرُّهاب الاجتماعي يُمكنُ أَن تظهر في الآتي:

- عدم القُدرة على التَّفاعل الاجتماعي، والأَخذ والعطاء مع الآخرين.
- الشُّعور بالنَّقص عندما ينظُرُ إِلى غيره، والشُّعور بالغيرة من أَقرانه.
- عدم اندماج الفرد مع الآخرين، أَو عرقلة مُشاركته لأَقرانه في نشاطاتهم وتفاعلاتهم ممَّا يُؤدِّي إِلى خُمول ظاهري وتجنُّب التَّواصل معهم.
- الشُّعور بعدم الارتياح في المواقف الاجتماعيَّة.
- سلوك التَّجنُّب (الهُروب) من المواقف الاجتماعيَّة.
- صُعوبة التَّعبير عن الذات في المواقف الاجتماعيَّة.
- وضوح الانكماش عند إقامة علاقة أَو احتكاك بالغُرباء لدرجةٍ تُؤثِّرُ على دوره الاجتماعي.

مكونات الرهاب الاجتماعي

يوجد ثلاثة مكونات للرهاب الاجتماعي:

(١) **المكون المعرفي:** يتضمن أفكار وتقييمات للذات ووعى مفرط واستغراق في الذات وتوقع الظهور بشكل لبق مع توقع استهجانهم وانزعاج من النقد والملاحظات السلبية وانشغال متكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق.

(٢) **المكون الانفعالي** :ويتضمن الاستثارة العصبية أثناء المواقف الاجتماعية ومعاناة الشخص من أعراض جسدية،كاحمرار الوجه، الرعشة، الشعور بالغثيان والتعرق، جفاف الحلق، وارتفاع معدل ضربات القلب.

(٣) **المكون السلوكي** :ويتضمن كف السلوك الاجتماعي ونقص المهارات الاجتماعية والحديث المنخفض وغير الجواب أو الصمت،وتجنب الاحتكاك البصري.

المحكّات التشخيصية للرهاب الاجتماعي

يُحدِّدُ الدَّليل ُالتَّشخيصي والإحصائي الخامس للاضطِّرابات النَّفسيَّة *(APA,* ٢٠١٣: ٢٠٢-٢٠٣) مجموعة من المحكَّات التَّشخيصيَّة التي **يجب مراعاتها عند تشخيص القلق الاجتماعي وهي:**

١. خوف مستمر ومُلاحَظ في موقف واحد، أو مجموعة من مواقف الأداء، أو المواقف الاجتماعية، والتي من خلالها يكون الفرد محل إمعان وتدقيق للنَّظر فيه من الآخرين، خصوصًا إذا كان هؤلاء الآخرون غير مألوفين بالنِّسبة له.
٢. أن يكون التعريض للموقف الاجتماعي مخيفًا، ومن شأنه أن يثير القلق لدى الفرد، وقد يأخذ شكل نوبة هلع.
٣. أن يدرك الفرد أنّ َخوفه مفرطًا فيه وغير معقول.
٤. أن يتجنَّب الفرد مواقف الأداء أو المواقف الاجتماعيَّة المخيفة، مع وجود ضيق وقلق وكرب نفسي شديد ومستمر.

٥. أن يكون الخوف أو القلق غير متَّسق مع التَّهديد الفعلي الذي يمثله الوضع الاجتماعي الحالي، أو السياق الاجتماعي الثقافي.
٦. أن يكون الخوف والقلق والتجنُّب مستمر لدى الفرد لمدة ستَّة أشهر فأكثر.
٧. أن يتعارض التجنُّب وتوقُّع القلق والكدر في مواقف الأداء أو الموقف الاجتماعي مع الوظائف الأكاديميَّة والمهنيَّة، ومع الأنشطة الاجتماعيَّة، والعلاقة مع الآخرين، وأن يوجد كرب وضيق ملحوظ حول وجود هذا الخوف.
٨. يجب ألَّا يكون الخوف أو التجنُّب ناتجًا عن التأثيرات الفسيولوجيَّة المباشرة للاستخدام الطِّبي، أو الاستخدام السَّيِّئ للعقاقير أو المخدرات.
٩. لا يُفسَّرُ الخوف أو القلق والتجنُّب بشكل أفضل في حالة وجود أعراض لاضطِّرابات نفسيِّة أخر يمثل: اضطِّراب الهلع، واضطِّراب تشوُّه الجسم.
١٠. في حالة وجود اضطِّراب نِّفسي آخر أو حالة طبِّيَّة عامَّة مثل: اللَّجلجة في الكلام، أو الشَّلل الرعاش، أو فقدان الشَّهيَّة العصبي، أو البدانة، فإنَّ الخوف أو الإحجام لا يكون قاصرًا على تأثيره الاجتماعي.

يتصف الرهاب الاجتماعي نمطيًا بأن بدايته تكون في منتصف العقد الثاني من العمر، ويكون متطورًا في بعض الأحيان مما قد يكون في تاريخ الطفولة من الكفال الاجتماعي أو الخجل. وقد سجلت لدى بعض الأفراد بداية للرهاب الاجتماعي في الطفولة المبكرة وربما تظهر البداية خادعة وغالبًا ما يكون تطور الرهاب الاجتماعي مستمرًا كذلك غالبًا ما تستغرق مدته طول العمر، على الرغم من أن هذا الاضطراب قد تقل حدته أو يتحسن أثناء مرحلة الرشد.

وربما يتذبذب درجة شدة هذا الاضطراب مع ضغوط الحياة ومطالبها، فعلي سبيل المثال، قد يتبين أن الرهاب الاجتماعي لدى شخص كان يخاف من الجنس الآخر صار يتضاءل بعد زواجه، ثم اخذ يعود للظهور مرة أخرى بعد وفاة زوجته. وقد يترتب على الترقية في العمل إلى وظيفة أعلى تتطلب تحدثًا أو خطابة أو إلقاء كلمة أمام جمع من الآخرين، على ظهور الرهاب الاجتماعي لدى شخص لم يكن يحتاج إطلاقًا من قبل إلى مثل هذه المواقف التي تتطلب تحدث أمام جمهور أو جمع من الأشخاص.

المحددات:

الأفراد الذين يعانون من نوع فقط من اضطرابات القلق الاجتماعي لديهم مخاوف من الأداء والتي عادة ما تكون أكثر إعاقة في حياتهم المهنية (مثل الموسيقيين والراقصين والأداء والرياضيين) أو في الأدوار التي تتطلب التحدث أمام الجمهور بشكل منتظم. قد تظهر مخاوف الأداء أيضًا في بيئة العمل أو المدرسة أو الأكاديمية التي تتطلب تقديم عروض عامة منتظمة. الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي فقط لا يخشون أو يتجنبون المواقف الاجتماعية غير الفعالة.

الانتشار:

يقدر معدل انتشار الاضطرابات الاجتماعية في الولايات المتحدة بنحو ١٢ شهرًا بحوالي ٧٪. تُلاحظ انخفاض معدلات انتشار الإصابة لمدة ١٢ شهرًا في معظم أنحاء العالم باستخدام أداة التشخيص نفسها، حيث يتجمع حوالي ٠.٥٪ -٢.٠٪ ؛ متوسط معدل الانتشار في أوروبا هو ٢.٣ ٪. معدلات الانتشار لمدة ١٢ شهرًا في

الأطفال والمـراهقين مماثلـة لتلـك الموجـودة في البـالغين. تـنخفض معـدلات الانتشار مع تقدم العمر.

يتراوح معدل انتشار المرض لمدة ١٢ شهرًا بين البالغين من ٢٪ إلى ٥٪. بشكل عام ، توجد معدلات أعلى من اضطرابات القلق الاجتماعـي لـدى الإنـاث عنهـا في الذكور في عموم الأفراد (مع نسب الأرجحية تتراوح بين ١.٥ إلى٢.٢) ، والفرق بين الجنسين في الانتشار أكثر وضوحًا في المراهقين والشباب.

تعد معدلات النـوع الاجتماعـي مسـاوية أو أعـلى قلـيلاً بالنسـبة للـذكور في العينات السريرية، ويُفترض أن أدوار الجنسـين والتوقعـات الاجتماعيـة تلعـب دورًا مهمًا في شرح السلوك المتزايد لطلب المساعدة لدى المرضى الذكور. معدل الانتشار في الولايات المتحدة أعلى في الهنود الأميركيين وأقل في الأشـخاص مـن ذوى الأصـول آسيوية، الاتينية، الأمريكية من أصل أفريقي، ومنحدر من أصل أفريقـي-الكـاريبي مقارنة مع البيض غير اللاتينيين.

الاعتلال المشترك

غالبًا مـا يكـون اضـطراب القلـق الاجتماعـي مصـاحبًا لاضـطرابات القلـق الأخرى، واضطراب الاكتئاب الشديد ، واضـطرابات تعـاطي المخـدرات، وظهـور اضطرابات القلق الاجتماعي يسـبق عمومًـا اضـطرابات القلـق الأخـرى، باسـتثناء اضطرابات القلق والفوبيا المحددة. قد تؤدي العزلة الاجتماعية المزمنة أثناء اضطراب القلق الاجتماعي إلى اضطراب اكتئابي كبير. الاعتلال المشترك مع الاكتئاب مرتفعـة أيضا في البالغين الأكبر سنًا.

يمكن استخدام المواد كعلاج ذاتي للمخاوف الاجتماعية، لكن أعراض تسمم المواد أو انسحابها، مثل الارتعاش، قد تكون أيضًا مصدرًا للخوف الاجتماعي (الإضافي). اضطراب القلق الاجتماعي غالبًا ما يكون مصاحبًا للاضطراب الثنائي القطب أو اضطراب تشكيل الجسم ؛ على سبيل المثال، يعاني الفرد من اضطراب التشوه الجسدي فيما يتعلق بانشغاله بعدم انتظام بسيط في أنفه، بالإضافة إلى اضطراب القلق الاجتماعي بسبب الخوف الشديد من أن يبدو غير ذكي.

إن الشكل الأكثر عمومية لاضطراب القلق الاجتماعي، ولكن ليس اضطراب القلق الاجتماعي، الأداء فقط، غالبًا ما يكون مصاحبًا لاضطراب الشخصية المتجنبة. في الأطفال، الأمراض المصاحبة للتوحد مرتفع الوظيفية والخرس الانتقائي.

الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالخجل:

الرُّهاب الاجتماعي هو الخجل في صورته القصوى، والخجل خبرة سويَّة يُعايشه النّاس في حياتهم، ولذلك فإِنَّ الرُّهاب الاجتماعي هو الخجل المرضي غير السَّوي، وهذا الفرق إِلى حدٍّ كبيرٍ اختلافٌ في الدَّرجةِ أَكثر منه اختلافٌ في النَّوع، فهناك تداخُلٌ في الخصائص السُّلوكيِّة وتشابهٌ كبيرٌ في الأَعراضِ الجسميَّةِ والنَّفسيَّةِ، وبعض الجَّوانب المعرفيَّة في كلا الاضطِّرابين، حيثُ من الصَّعْبِ إِيجادُ محكٍّ دقيقٍ يُفرَّقُ على أَساسه بينهما، إِذ من المُمكنِ اعتبارُ المُشكلة رهابٌ اجتماعيٌّ إِذا كانت تَحُدُّ بشكلٍ كبيرٍ من القُدْرةِ على مُمارسةِ حياته اليَوميَّة.

الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالقلق الاجتماعي:

هناك اختلافاتٍ بين الرُّهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي، تنحصرُ في أَنَّ القلق الاجتماعي هو شكْلٌ مُعتدلٌ من الرُّهاب الاجتماعي، وأَنَّ الخاصِّيَّة المُميِّزة بينهما

تبدو في أَنَّ الرُّهاب الاجتماعي أَعمُّ وأَشمل، ويتطلَّبُ وجود رغبةٍ قويَّةٍ في تجنُّبِ المواقفِ الاجتماعيَّةِ، وبناءً على ذلك فإِنَّ جميع الأَفراد الذين يُعانون من الرُّهاب الاجتماعي يُعايشون القلق الاجتماعي، ولكن ليس كُلُّ الأَشخاص ذوي القلق الاجتماعي يكون لديهم رُهاباً اجتماعيَّاً.

النظريات المُفسرة للرهاب الاجتماعي

نظريَّة التَّحليل النَّفسي:

اعتبر فرويد *Frued* أَنَّ القلق يظهرُ أَصلاً كردِّ فعلٍ لحالةٍ من حالات الخطر التي تُواجه الشَّخص، فإِذا انتهت هذه الحالة انخفضت أَو تلاشت أَعراضُ القلق، ولكنَّها إِذا عادت إِلى الفرد ظهرت أَّعراض القلقِ مرَّةً أُخرى.

ويُعْتَبرُ فرويد من أَوائلِ الذين تحدَّثوا عن القلق، حيثُ يرى أَنَّ القلق ما هو إِلَّا استجابة انفعاليَّة أَو خبرة مُؤلمة يمرُّ بها الفرد وتُصاحَبُ باستثارةِ عددٍ من الأَجهزة الدَّاخليَّة التي تخضعُ للجهازِ العصبي المُستقل كالقلبِ والجِّهازِ التَّنفُسيِّ، وقد رأَى فرويد في القلق إِشارةَ إِنذارٍ للأَنا حتَّى تتَّخذ أَساليب وقائيَّة ضدَّ ما يُهدِّدها، وغالباً ما يكونُ مصدرُها رغباتٍ مكْبوتةٍ أَو خِبْراتٍ عُدْوانيَّة، أَو نزَعاتٍ جنْسيَّة كُبِتتْ في اللَّاشُعور، فتقومُ الأَنا بعملٍ ما تُدافعُ فيه عن نفسها ممَّا يُهدِّدُها، فيتراكمُ القلقُ إِلى أَن تُصبحَ الأَنا صريعةً للانهيار العصبي.

ترى نظريَّة التَّحليل النَّفسي أَنَّ أَحداث الحياة الضَّاغطة من الأَسْباب الهامَّة في تكوين الصِّراعات النَّفسيَّة الدَّاخليَّة للفرد، أَكثر من تأْثير المُؤثِّرات الخارجيَّة التي يواجهها الفرد في علاقاته مع بيئته المُحيطة به، فإِحساس الفرد بمشاعر القلق يكمنُ في الأَصل من الحوافز العُدوانيَّة والرَّغبات الجنسيَّة المَكبوتة مُنذ الصِّغر.

في حين يرى أَدلر *Adler* أَنَّ الأَطفال عادةً ما يشعُرون بضعفهم وعجزهم إِذا ما قارنوا أَنفسهم بالكبار، فيشعر الفردُ في المُستقبلِ بالنَّقصِ الذي يُحاولُ تعويضه عن طريقِ كسبِ وحُبِّ الآخرين وصداقتهم، ولكنَّه يشعرُ بالقلق إِذا ما فشلِ في تكوين الصداقات والعلاقات الاجْتماعيَّة، كما ركَّز أدلر على التأْثيرات الثَّقافيَّة في السُّلوك مُفترضاً أَنَّ الشَّخصيَّة اجتماعيَّة بفطرتها، وأَنَّ الشُّعور بالنَّقص يتوسَّط الدَّافعيَّة الإِنسانيَّة، وقد أَوضح أدلر أَنَّ الشُّعور بالقلق ينشأُ عند شُعور الفردِ بالنَّقصِ الاجتماعي أَو العقلي أو العضوي، والذي قد يُصابُ به الشَّخص في مرحلة الطُّفولة.

السُّلوك الإِنساني السَّوي يُسْتَمدُّ من الشُّعور بالأَمان والطَّمأْنينة، وأَنَّ أَساس القلق يرجعُ إِلى عدم قُدرة الفرد على الوصولِ إِلى حالة الطَّمأْنينة في علاقته مع والديْه، وهذا يُؤدِّي إِلى تكوين نظرة عدائيَّة للعالم باعتباره عدوَّاً مُهدِّداً له، يؤكِّدُ عبد العظيم (٢٠٠٩) أَنَّ الطِّفل الذي لا يشعرُ بالحُبِّ والاحترام والأَمان في سنواته الأُولى يميلُ إِلى إِظهار الكُره والعِداء نحو والديْهِ خاصَّة ونحو الأَشخاص الآخرين عامَّة، كما أَنَّه يتوقَّع الأذى والضَّرر من الآخرين.

النَّظريَّة السُّلوكيَّة:

تعتبرُ النَّظريَّة السُّلوكيَّة السُّلوك الإِنساني ما هو إِلَّا مجموعة من العادات والمهارات كان قد تعلَّمها الفردُ واكتسبها أَثناء مراحل حياته المُختلفة، **وأَنَّ الاضطِّراب الانفعالي الذي يُصيبُ الفرد لا يخرجُ عن واحدٍ من العوامل الآتية:**

- الفشل في اكتساب أَو تعلُّم سلوكٍ جديد.
- تعلُّم أَساليب سلوكيَّة غير مُناسبة أَو مرضيَّة.
- مُواجهة الفرد لمواقف مُتناقضة لا يستطيعُ معها اتِّخاذ قرارٍ مُناسب.
- ربط استجابات الفرد بمنبِّهاتٍ جديدةٍ لاستثارة الاستجابة.

كما أَنَّ الاضطِّرابات السُّلوكيَّة والعُصابيَّة حسب النَّظريَّة السُّلوكيَّة هي عبارة عن سلوكٍ مُكتسبٍ يتمُّ تعلُّمه من خلال التَّشريط، حيثُ ركَّزَ المُعالجونَ السُّلوكيُّون بشدَّة على المرضى الذين يُعانون من الرُّهاب، والذين اكتسبوا مخاوفَ أَو أَشكالاً من القلق، حيث يفترضُ هؤلاء السُّلوكيُّون أَنَّ هذه المَخاوف تُكتسبُ عن طريق الاشتراط الكلاسيكي الذي يرتبطُ فيه مُثيرٌ مُحايدٌ بمُثيرٍ مُؤْلم أَو غير سار.

وتوجدُ عدَّةُ مداخلَ رئيسة في العلاج السُّلوكي، منها الاشراط المُضاد، والذي يُعدُّ كسراً للرابطةِ بين مُنبِّهٍ واستجابةٍ مُعيَّنة حدثَ لهما اشراط تقليدي. وعلى نحوٍ أَكثر تحديداً يعتقدُ المُعالجون السُّلوكيُّون أَنَّ السُّلوك الشَّاذ ينمو عن طريق الاشتراط، وباستخدام مبادئ الاشتراط يمكنُ أَن ينتج الشِّفاء، حيثُ يفترضُ المُعالج السُّلوكي أَنَّ الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي يستطيعان تغيير سلوكٍ غير مرغوب إِلى سلوك مرغوب أَكثر.

إن ردود أَفعال مرضى الرُّهاب الاجتماعي نحو القلق الجسمي الطَّبيعي هي ردودٌ مُتطرِّفة، وتُفسِّرُ النَّظريَّة السُّلوكيَّة ذلك بالتَّعلُّم المُسبَق والتَّعوُّد على الاستجابة المُتطرِّفة تجاه القلق، وتؤكِّدُ النَّظريَّة على أَنَّ استجابتي الخوف والقلق للمُثيرات الاجتماعيَّة هي عادات خاطئة وغير مُلائمة، ويقوم العلاج السُّلوكي على إِعادة تعلُّم عاداتٍ جديدةٍ أَكثر توافقاً في المواقف الاجتماعيَّة من خلال تغييرِ ما يسبقُ السُّلوكَ نفسه، والنَّتائج التي تليه.

كما أَنَّ الرُّهاب الاجتماعي هو استجابة تكيُّفيَّة تنتجُ عن التَّعرُّض المُتكرِّر لخبرةٍ مُؤلمة في المواقف الاجتماعيَّة، كما أَنه يُكتسبُ كمُحصِّلةٍ للآثار المُترتِّبة عنه أَو عن طريق النَّمذجة، وعليه فإِنَّ نظريَّة التَّعلُّم بالمُلاحظةِ توضِّح كيف يُمكنُ للفرد

اكتساب سلوكٍ مرضي أَو سوي بمُلاحظة سلوك الآخرين، أَو ما يُسمَّى بالنَّمذجة، وبهذا يمكنُ لهذه النَّظريَّة أَن تُقدِّمَ طريقةً علاجيَّةً يُمكنُ الاعتماد عليها في تعلُّم سلوكٍ جديدٍ أَو الإقلال من سلوك مرضي.

النَّظريَّة المَعرِفيَّة:

ترى المَدرسة المعرفيَّة أَنَّ النَّاس يكتسبون مخزوناً كبيراً من المعارف والمعلومات والمفاهيم للتَّعاملِ مع ظروف حياتهم، وتُستخدمُ هذه المعرفة من خلال المُلاحظة وإِجراء الأَحكام والتَّصرُّف بشكلٍ أَقرب ما يكون للعالم الواقعي.

كما أَنَّ المعارف لدى الفرد تُؤثِّرُ في انفعالاته وسلوكه بطرقتين هما:

- **محتوى المعارف:** حيثُ يؤثِّرُ هذا المُحتوى في الانفعالات والسُّلوك، والجوانب الفيسيولوجيَّة للفرد، وذلك من خلال تقديرات الفرد لذاته وللآخرين وللعالم من حوله، وتفسيرات الفرد للأَحداث، فمثلاً لو اعتقد الفرد أَنَّه شخصٌ فاشلٌ فإِنَّه سيشعرُ بالاكتئاب.
- **مُعالجة المعارف:** وتعني العمليات المعرفية، وتؤثِّرُ في خبرات الفرد عن العالم، وذلك من خلال درجة المُرونة التي تكون لديه في التَّغير بين أَساليب المُعالجة المُختلفة.

بالإضافة إلى ذلك ،فإنَّ الفرد عندما يقومُ بالقراءة الذاتية والتقييم الذَّاتي للمواقف الحياتيَّة من خلال العمليَّات الذهنيَّة التي يتمكَّنُ بها من إِدراك العالم الدَّاخلي والخارجي، فإِنَّه قد يعتريها أَو يعتري جزءً منها خللٌ أَو تحريف، يُؤدِّي إِلى بلْورة أَفكار وتصوُّرات مُشوَّهة عن النَّفس أَو عن الآخر أَو عن العالمَ المُحيط، وهذه الأَفكار المُشوَّهة تكونُ سبباً في نشْأَةِ العديد من المشاكل النَّفسيَّة وصُعوبات التَّوافق

والواقع أَنَّ مظاهر التَّشويه والتَّحريف اليوميَّة راجعةٌ بالأَساس إِلى القراءات والتأْويلات الخاطئة وسوء فهم الرُّموز والعلامات الخارجيَّة والسُّلوكات الصَّادرة عن الآخرين، وهذا ما قد يُؤدِّي إِلى إِشراطاتٍ وتعلُّماتٍ مُشوَّهة، يقومُ الفردُ بإِسقاطها على مواقف وسياقاتٍ جديدة.

كما أَنَّ النَّموذج المعرفي يفترضُ أَنَّ الحالات المرضيَّة المُختلفة تتميَّزُ بمخطَّطاتٍ معرفيَّة مُحدَّدة، فمثلاً الاكتئاب يرتبطُ بالمُخطَّطِ السَّلبي للفشلِ والضَّياعِ والفراغ، أَمَّا القلق فيتميَّزُ بالتَّهديد والتَّوجُّسِ والغضب، وكذلك تتميَّزُ البارانويا بموضوعاتٍ تتعلَّقُ بالريبة والخوف من السَّيطرة ومُؤامرات الآخرين.

بالإضافة إلى ذلك، فإِنَّ الاضطِّرابات كالقلقِ والاكتئاب كاضطِّراباتٍ في التَّفكير، تنتُجُ حينما يُركِّزُ الفردُ على نواحٍ سلبيَّةٍ من المواقف، في حين يتجاهلُ أَو يُهملُ ملامح بارزة أُخرى، وبهذه الطَّريقة يفقدُ الفردُ الموضوعيَّة، ويُشوِّه الحقيقة، فتضعفُ قُدرة الفرد على تضمين استجابات سُلوكيَّة مُتوافقة.

بالإضافة إلى ذلك، فإِنَّ إِدراك الشَّخص لحادثٍ ما على أَنَّه مهدِّدٌ للمجال الشَّخصي، سيُؤدِّي إِلى ظهور استجابةٍ انفعاليَّة شديدة أَو مرضيَّة، إِذ يُمكنُ مثلاً أَن تُصبح المواقف الاجتماعيَّة المقرونة بتوقُّعاتٍ سلبيَّة عن تقييمات الآخرين، مواقفَ تهديدٍ يستجيب لها الفردُ استجابةَ خوفٍ مرضيَّة.

وقد أَظهرت الدِّراسات أَنَّ مرضى الرُّهاب الاجتماعي يُعطون اهتماماً أَكبر إِلى الكلمات التي تحملُ تهديداً اجتماعيَّاً، وتعبيرات وجه سلبيَّة، فهم يركِّزون على الفشل، ولا يرَوْنَ الأوقات التي يُؤدُّون فيها اجتماعيَّاً بصورةٍ جيِّدة، لأَنَّهم مشغولون بتوقُّع الفشل، وهذا يُلقي بظلاله على أَيَّة خبرة إِيجابيَّة .

يميلُ الفرد المُصاب باضطِّراب بالرُّهاب الاجتماعـي إِلى الانحيـاز السَّـلبي في تحليله للمعلومات الاجتماعيَّة، وبطريقةٍ سيئة التَّفكير، وبسبب انشغال الفرد بذاتـه في المواقف الاجتماعيَّة، يضعف انتباهه للآخرين، وتقلُّ قُدرته عـلى المُشـاركة بنجـاح في التَّفاعل. ويُشير فييل *(Veale, ٢٠٠٣)* إِلى أَنَّ الفرد عندما يتعرَّضُ لموقفٍ اجتماعـي فإِنَّ ذلك يُنشِّط افتراضاته فيما يخُصُّ التقييم السَّلبي من الآخرين، وهو ما يُمثِّلُ الخطر الاجتماعي المُدْرَك، والفردُ تبعاً لذلك يُركِّزُ انتباهه على ذاتـه مُراقبـاً إِيَّاهـا كموضـوعٍ اجتماعي، ممَّا يُولِّدُ صُوَراً عقليَّة ومشاعر جسميَّة سـلبيَّة تُسـهمُ في اسـتمرار الرُّهـاب الاجتماعي لديه.

نظرية رهاب الطفولة:

ترى هذهّ النظرية أن الرهاب هو أصـلًا امتـداد لخـوف الطفـل العصـابي منـذ بداياته، فيبدأ بالَخوف من مغادرة البيت بسبب وجـود طبيعـة و سواسـية في تكـوين الطفل مما يؤدي به إلى الانزواء والخوف غير المبرر من الآخـرين، والقلـق الاجتماعـي هو امتداد لرهاب المدرسة عند الأطفال.

وقد يقوم بعض الآباء والأمهـات مـن قبيـل عقـاب الطفـل أو تهديـده بـزرع المخاوف لديهم كالتخويف من إمكانية إيذاء الآخرين لهم أو الاعتداء عليهم، فمـثلًا إذا أراد الطفل اللعب مع أقرانه وكانت الأم تخاف عليه من الخروج فتقوم بإخافته من هؤلاء الأطفال وهي بذلك تزرع الخوف منه كشعور مكبوت لدى الطفـل ممـا يجعلـه يشعر بالخوف عند الكبر كنتيجة للخوف المخزون في اللاشعور لدى المريض.

□

المراجع

١. أَمثال الحويلة (٢٠١٠). القلق والاسترخاء العضلي، المفاهيم والنَّظريَّات والعلاج. القاهرة: دار إِيتراك.

٢. إِيمان بن جابي (٢٠٠٨). الرُّهاب الاجتماعي وعلاقته ببعض المُتغيِّرات النَّفسيَّة لدى المُراهقات السُّعوديَّات. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.

٣. باترسون، س.ه. (١٩٩٢). نظريَّات الإِرْشاد والعلاج النَّفْسي- (حامد الفقي، مُترجم). الكويت: دار القلم.

٤. بشير معمرية (٢٠٠٩). القلق الاجتماعي. مجلَّة شبكة العلوم النَّفْسيَّة العربيَّة،ع٢١، ١٣-١٤٩.

٥. بلحسيني وردة (٢٠١١). أثر برنامج معرفي-سلوكي في علاج الرُّهاب الاجتماعي لدى عيِّنة من طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

٦. جمال أبو دلو (٢٠٠٩). الصحَّة النَّفْسيَّة. عمان: دارالمسيرة.

٧. سامر رضوان (٢٠٠١). القلق الاجتماعي: دراسة ميدانيَّة لتقنين مقياس القلق الاجتماعي على عيِّنات سوريَّة. مجلَّة مركز البحوث التربويَّة،ع١٩، ٤٧ -٧٧.

٨. فتحيَّة عبد العال(٢٠٠٦). القلق الاجتماعي لدى ضحايا مُشاغبة الأَقران في البيئة المدرسيَّة. مجلة كُلِّيَّة التربية، جامعة بنها، ١٦(٦٨)، ٤٥-٩٢.

٩. علاء حجازي (٢٠١٣). القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللَّاعقلانيَّة لدى طلبة المرحلة الإِعداديَّة بالمدارس الحكوميَّة في مُحافظات غزَّة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإِسلاميَّة، غزَّة، فلسطين.

١٠. مجدي الدسـوقي (٢٠٠٤). مقيـاس الرُّهـاب الاجتماعـي. القـاهرة: الأنجلـو مصريَّة.
١١. محمد الشناوي (٢٠٠٠). نظريَّات الإِرْشـاد والعـلاج النَّفْســي. القـاهرة: دار غريب للطِّباعةِ والنَّشْر.
١٢. مراد عـلى عيسـى (٢٠١٢). العـلاج المعـرفي السـلوكي المُعاصر.القـاهرة: دار الفجر.

١٣. *American Psychiatric Association.(٢٠١٣). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). London: New School Library.*

١٤. *Antony, M., & Rowa, K. (٢٠٠٨).Social anxiety disorder (١st Ed). From https://us.hogrefe.com/shop/social-anxiety-disorder-pdf-epub.html*

١٥. *Blanco, C., Bragdon, L. & Schneier, F. (٢٠١٣).The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder.The International Journal of Neuropsychopharmacology, ١٦(١), ٢٣٥-٢٤٩.*

الفصل الرابع
العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي

مؤسسو العلاج المعرفي السلوكي:

أسس كل من آرون تي بيك، وألبرت أليس العلاج النفسي الذي أصبح يُعرف بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي، وإن كان كلًا منهما يعمل بشكل مستقل عن الآخر. فقد تدّرب بيك على التحليل النفسي الفرويدي، وشعر بعدم الرضا عن قلة الدعم التجريبي لأفكار فرويد. فقد وجد بيك –من خلال عمله مع مرضى الاكتئاب– أن الأفراد المكتئبين قد أعلنوا عن مدى واسع من الأفكار السالبة ، والتي تظهر لديهم بشكل عفوي. أطلق بيك على هذه الأفكار: الأفكار الآلية *AUTOMATIC THOUGHTS* .

هذه الأفكار تقوم على معتقدات رئيسية عامة، يُطلق عليها المخططات *SCHEMAS* التي لدى الفرد عن نفسه، وعن عالمه، وعن مستقبله. هذه المخططات تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفًا معينًا، من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة. هذه الأفكار الآلية المعينة تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف، أو التحدث، ويؤدي إلى استجابة وجدانية. في ضوء هذا النموذج العام، طوّر بيك طريقة علاجيه لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار، والمعتقدات لتشجيعهم (أي المرضى) على التفكير بشكل أكثر واقعية، والسلوك بشكل أكثر فعالية، والشعور الأفضل نفسيًا.

أيضاً تدّرب إليس على التحليل النفسي الفرويدي مثله مثل بيك، ولكنه تأثر كثيراً بالفرويديين المحدثين أمثال كارين هورني. يؤكد المدخل العلاجي لإليس عل العمليات المعرفية، كما أن هذا المدخل شكل فعاّل، وموجة من أشكال العلاج

النفسي. يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية، بل تبقى عليها، وتسببها. هذا المدخل يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية، وحدة تفكيرهم، ويساعدهم على التغيير الفعّال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات.

في البداية، أطلق إليس على هذا العلاج أسم العلاج النفسي العقلاني *Rational Therapy* ، ثم أطلق عليه بعد ذلك العلاج العقلاني الانفعالي، وأخيرًا، أطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ليؤكد على الأهمية المتداخل للمعرفة، والسلوك، والوجدان (الأنفعال). يفضل بيك مصطلح اللاتكيفي ***Maladaptive*** أو المختل وظيفيًا ***Dysfunctional*** بدلاً من اللاعقلاني ***Irrational*** لوصف طبيعة المعرفة المختلة، حيث أن الأفكار لا ينبغي بالضرورة أن تكون لا عقلانية لتكون لا تكيفية. على سبيل المثال، قد يكون لدى بعض مرضى الاكتئاب تقييمًا واقعيًا للخطر في الحياة؛ ومع ذلك، فإن هذه "الواقعية الاكتئابية" لا تكيفية لأنها تتداخل مع الحياة الطبيعية.

بكل حزن، ودعنا الدكتور إليس في ٢٤/ ٧/ ٢٠٠٧. أما دكتور بيك،فهو الآن في التسعين من عمره، ومازال ممارسًا، وعالمًا نشطًا، ولديهم ولع بالعلم والمعرفة لقد كان بكل من بيك وإليس – اللذان طّورا مدخليهما في العلاج النفسي في الستينيات من القرن الماضي تأثيرًا كبيرًا على العلاج النفسي وعلم النفس الكلينيكي المعاصر. في مواجهة هيمنة تفكير التحليل النفسي، بدأ هذان الرائدان في التشكك في بعض الافتراضات الرئيسية للعلاج النفسي.

بدأ بيك وإليس –مدفوعان بحدسيهما والمتمثل في أن المشكلات الإنسانية– في استخدام الطرائق التجريبية لعلاج المشكلات النفسية، كما بدأ في الدراسة النقدية للأسئلة غير المريحة في العلاج النفسي. أقام إليس –كممارس للعلاج النفسي– عيادته في وسط مدينة مانهاتان، ومن المعروف أن "نيويورك " كان يسيطر عليها التحليل النفسي مثلها في ذلك مثل أي مكان في ذلك الوقت. على نحو مشابه، استمر بيك – معالج نفسي- أكاديمي في جامعة بينسلفانيا في تتبع بحوثه في مواجهة المقاومة الشديدة لمجتمع العلاج النفسي الذي يسيطر عليه الأفكار الفرويدية.

عندما طلب من الحكومة تقديم منحة بحثية لاختبار أفكاره، وثم رفض هذا الطلب، وحّد الأصدقاء والزملاء لإجراء هذه الدراسات بدون أي دعم مالي من الحكومة أو من أي جهة مانحة أخرى. إضافة إلى ذلك، رفضت المجلات الأكاديمية نشر بحوثه، ومن ثم أستطاع إقناع المحررين متفتحي الذهن لنشر كتاباته في شكل كتب.

عندما أدرك المجتمع التأثير الكبير للدكتور بيك، منحه جائزة لاسكر *Lasker Award* عام ٢٠٠٦ وهي أعلى جائزة طبية تُمنح للأفراد الذين يفوزون بجائزة نوبل . يقول رئيس هيئة لاسكر "يُعد العلاج المعرفي أحد أهم التطورات الهامة –إذ لكم يكن أهمها على الإطلاق– في علاج الأمراض العقلية خلال الخمسين عاماً الماضية".

على الرغم من التأثير الواضح لهذا المدخل، وفعالية العلاج، إلا أن معظم الأفراد ذوي المشكلات النفسية لم يحصلوا بسهولة على خدمات العلاج المعرفي السلوكي. لا توجد صناعة كبيرة تعزز من العلاج المعرفي السلوكي –على عكس الصناعة المهتمة بشكل كبير بالدواء الطبي. ومع ذلك، في محاولة لزيادة توفر العلاج المعرفي السلوكي. قرر بعض رجال السياسة في بعض الدول عدم ترك مصير رعاية

الصحة العقلية تحكمه الأهواء المالية لشركات الدواء، وأخذوا الأمر عواتقهم.

ففي أكتوبر عام ٢٠٠٧، أعلن وكيل وزارة الصحة في المملكة المتحدة عن خطة الإنفاق ٣٠٠ مليون جنية إسترليني للبدء في برنامج مدته ست سنوات بهدف تدريب جيش من المعالجين النفسيين على العلاج المعرفي السلوكي للمساعدة في التغلب على المشكلات النفسية لدى البريطانيين. هذا التغير في توفير الرعاية الصحية كان يقوم على بيانات اقتصادية أوضحت أن توفير العلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات العقلية الشائعة أقل تكلفةً بوجه عام من العلاج الطبي، أو التحليل النفسي. على نحو مشابه، في عام ١٩٩٦، أوصت الحكومة الأسترالية بتوفير العلاج المعرفي السلوكي وقدمت خدمة تيسر توفير هذه الخدمات للأفراد.

فكره بسيطة وقوية:

على الرغم من أن بيك وإليس يُعتبرا الرائدين في هذا المجال، إلا أن الفكرة الرئيسية التي أدت إلى ظهور هذا المدخل الجديد للعلاج النفسي ليست جديدة، إلا أنها تحولت بكل بساطة إلى ممارسة العملية. فقد يعودا التعبير عن فكرة العلاج المعرفي السلوكي إلى الفيلسوف الرّواقي* إيبكتيتس *Epictetus* الذي عاش من ٥٥-١٣٤ بعد الميلاد. فمن أشهر مقولاته: "الناس لا تحركهم الأشياء، ولكن يحركهم منظورهم للأشياء". بعد ذلك، كتب مارقوس أو ريليوس (١٢١ – ١٨٠بعد الميلاد): "لو أنك تأملت من أي شيء خارجي، فليس هذا الشيء هو الذي سبب لك الإزعاج ، ولكنك حكمك عليه؛ وبمقدورك أن تزيل هذا الحكم الآن". كما

* المذهب الفلسفي الذي أنشأه زيتون حوالي عام٣٠٠ ق.م . والذي قال بأن الرجل الحكيم يجب أن يتحرر من الإنفعال ولا يتأثر بالفرح أو الترح وأن يخضع بغير تذمر لحكم الضرورة القاهرة .

كتب وليام شكسبير في هامليت: "ليس هناك شئ جيد، وآخر سيئ، ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك". تجدر الإشارة أيضًا إلى أن فلاسفة، وأدباء، وشعراء آخرين عبروا عن أفكار مشابهة لهذه الأفكار على مدار تاريخهم.

الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي بسيطة، وتتمثل في أن استجاباتنا السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرًا بمعارفنا (أفكارنا)، التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء وندركها. بمعنى، نحنت نشعر بالقلق، أو الغضب، أو الحزن فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك. بمعنى آخر، ليس الموقف في حد ذاته، ولكن مدركاتنا، وتوقعاتنا، وتفسيراتنا (التقييم المعرفي) للموقف هي المسئولة عن وجدانياتنا. يمكن تفسير ذلك، أو شرحه بشكل أفضل من خلال المثال التالي الذي يقدمه بيك *Beck* (١٩٧٦):

ربة المنزل (BECK, ١٩٧٦, PP٢٣٤-٢٣٥)

سمعت ربة البيت طرقة على الباب، طرأت أفكار عديدة إلى ذهنها، وقالت: "ربما تكون سالي عادت من المدرسة، ربما يكون لص، ربما هبت الريح وفتحت الباب." يعتمد الافتراض المرغوب فيه على أخذها في الاعتبار كل الظروف ذات الصلة به. ومع ذلك، فإن العملية المنطقية لاختبار الغرض ربما يعطلها الميل النفسي لربة البيت. فإذا سيطر على تفكيرها مفهوم الخطر، فقد نخلص إلى أن الطارق هو لص. فقد تصل إلى استنتاج اعتباطي. على الرغم من أن هذا الاستنتاج قد يكون صحيحًا، فإن يعتمد بشكل رئيسي على العمليات المعرفية الداخلية وليس على المعلومات الحقيقية. فإذا جرت واختبأت، فإنها تورجئ أو تخسر الفرصة لعدم إثبات (أو التأكيد على) هذا الافتراض.

لذا، فإن نفس الحدث الأول (سماع الطرق على الباب) يظهـر وجـدانيًا مختلفـة بناءً على كيفية تفسيرها للسياحة الموقفي. فالطرق على الباب في حد ذاته لا يظهـر أي وجدانيات بطريقة أو بأخرى. ولكن عندما تعتقد ربة البيت أن طرقة الباب تشـير إلى أن هناك لص في البيت، فإنها تشعر بالخوف وتمر به، ربما تصل إلى هـذا الاسـتنتاج إذا كانت مشحونة بعد القراءة عـن اللصـوص في الجرائـد، أو إذا كانـت تعتقـد بشـكل رئيسـي (المخططات) أن العالم مكان خطير، وأن اللص٣ عـلى وشـك الـدخول إلى المنزل. بالطبع، سوف يكون سلوكها مختلفًا إذا شعرت بالخوف عنـه إذا اعتقـدت أن الحدث له معنى هام، وهذا ما كان أيبكتيتس يعنيه عنـدما قـال "إذا أردنـا اسـتخدام مصطلحات حديثة، فإننا يمكننا القول بأن التقييم المعـرفي للموقـف أو الحـدث هـو الذي يحدد الاستجابة لـه، بـما في ذلـك السـلوكيات، الأعـراض الجسـمية، والخـبرة الشخصية.

يطلق بيك على هذه الافتراضات عن الأحداث والمواقف الأفكـار الآليـة لأن الأفكار تخرج بدون تأمـل أو مـبرر سـابق. يشـير إلـيس إلى هـذه الأفكـار عـلى أنهـا مقولات ذاتية *Self-Statements* لأنها أفكار يقولها الشخص ذاته. هذه المقـولات الذاتيـة تفسـر الأحـداث في العـالم الخـارجي وتسـتثير الاسـتجابات الوجدانيـة والسلوكية لهذه الأحداث.

هذه العلاقة يوضـحها نمـوذج إلـيس للعـلاج العقـلاني الانفعـالي السـلوكي *(Abc)* حيث *(A)*تعني الحدث السابق *Antecedent Event* (الطرق على البـاب)، *(B)* تعنـي الاعتقـاد *Belief* (أكيـد لـص)، و*(C)* تعنـي النتيجـة *Consequence* (الخوف).

ربما *(B)* تعني الفراغ ***Blank*** لأن الفكرة يمكن أن تحدث بشكل سريع وآلي حتى أن الفرج يتصرف بشكل تأملي للحدث بدون تأمل ناقد. إذا لم تكن المعرفة في قلب وعي الفرد، فمن الصعب التعرف عليها، وهذا هو السبب الذي جعل بيك يطلق عليه التفكير الآلي.

في هذه الحالة، ينبغي على الفرد أن يلاحظ بعناية نتيجة الأحداث والاستجابة لهذه الأحداث ، ثم يستكشف النظام الاعتيادي الذي يقف خلفها، لذا، فإن العلاج المعرفي السلوكي يتطلب في الغالب من المريض أن يعمل كمدقق أو عالم يحاول إيجاد القطع المفقودة من فزوره أو لغز (أن يملأ الفراغات).

على الرغم من الفروق في المصطلحات التي استخدمها كل من بيك وإليس، إلا أن كلا منهما طوّر بشكل مستقل مداخل علاجية متشابهة إلى حد بعيد. الفكرة التي تقف خلف الطرائق التي استخدمها وطوّرها كل منهما تتمثل في أن المعارف المشوهة هي قلب المشكلات النفسية. تعتبر هذه المعارف مشوهة لأنها مدركات وتفسيرات خطأ للمواقف والأحداث، كما أنها لا تعكس الحقيقة، بالإضافة إلى كونها لا تكيفية، وتؤدي إلى التوتر الانفعالي، والمشكلات السلوكية، والاستثارة الجسمية. الأنماط الخاصة للأعراض الجسمية، والتوتر الانفعالي، والسلوكيات المختلة وظيفيًا التي تنتج من هذه العملية يتمن تفسيرها على أنها متلازمات ***syndromes*** للاضطرابات العقلية ***mental disorders.***

العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي:

إن العلاج المعرفي السلوكي إستراتيجية فعاله بشكل كبير في التعامل مع العديد من المشكلات النفسية –في الحقيقة ، تتشابه فعاليه العلاج المعرفي السلوكي على الأقل

مع العلاج الطبي الدوائي للمشكلات التي سوف نعرض لها في هذا الكتاب– علاوة على ذلك، فإن العلاج المعرفي السلوكي لا تصاحبه أي آثار جانبية، ويمكن ممارسته بدون أي مخاطر لفترة غير محدودة من الزمن. إن هدف العلاج المعرفي السلوكي هو تغيير طرائف التفكير والسلوك اللاتكيفية من أجل تحسين السعادة النفسية.

في هذا السياق، من الأهمية بمكان شرح مصطلح اللاتكيفي ***Maladaptive***، وهذا يقع في قلب تعريف الاضطرابات العقلية . لقد وقعت مشادات حامية الوطيس بين علماء النفس والمعالجين النفسيين بشأن تعريف الاضطراب العقلي . قدّم ووكفيلد *Wakefield* (١٩٩٢) تعريفاً معاصراً للاضطراب العقلي ، حيث يعرفه بأنه خلل وظيفي مؤذ *harmful dysfunction* ويرجع ضرره إلى أن للمشكلة نتائج سالبة على الشخص ، كما أن الخلل الوظيفة ينظر إليه المجتمع نظرة سلبية . فهو يصفه بالخلل الوظيفي لأن كون الفرد لديه المشكلة يعني أنه لن يستطيع أن يؤدي أي وظيفة طبيعية.

أحد أهم الموضوعات المتطرفة أو الحادة في هذا النقاش هو ما إذا كان للاضطرابات العقلية وجود . من الأفراد الأوائل المؤيدين لهذه الفكرة هو توماس ساز (١٩٦١) . فقد رأى ساز أحد الاضطرابات النفسية اعتباطية ، وأنها من صنع الإنسان ، وليس لها أي دعم تجريبي . قد رأي أن المشكلات النفسية مثل الاكتئاب ، اضطراب الخوف ، والانفصام نعوت ربطها المجتمع بالخبرات الإنسانية العادية . فنفس الخبرات التي تُنعت بأنها مرض في ثقافة ما أو في فترة تاريخية ما قد تكون طبيعية أوحميدة في ثقافة أخرى أو في فترة تاريخية أخرى .

يعترف المؤيدون للعلاج المعرفي السلوكي بأن الثقافة تسهم في التعبير عن الاضطراب إلا أنهم لا يتفقون مع النظرة القائلة بأن المعاناة الإنسانية من صنع المجتمع . بدلاً من ذلك ، يرى العلاج المعرفي السلوكي الاضطرابات النفسية على أنها مشكلات حقيقية يمكن حلها من خلال الحلول الإنسانية الحقيقية . وفي الوقت نفسه ، ينتقد العلاج المعرفي السلوكي العلاج الطبي الدوائي المفرط للخبرات الإنسانية . في العلاج المعرفي السلوكي ، ليس من الأهمية نعت المشكلة النفسية التي تتداخل مع الوظيفة الطبيعية على أنها مرض نفسي .

أسماء الاضطرابات العقلية تأتي وتروح ، كما أن المحكات المستخدمة لتعريف اضطراب عقلي معين إعتباطيه وهي من صنع الإنسان . ولكن المعاناة الإنسانية ،الاضطراب الوجداني ، والمشكلات السلوكية ، والاضطرابات المعرفية الحكومية . بغض النظر عن أسم المعاناة الإنسانية – أو ما إذا كان هناك أسم لهذه المعاناة – فإن العلاج المعرفي السلوكي يساعد الشخص المتأثر على فهم والتخفيف من المعاناة .

وعلى الطرف الآخر ، هناك وجهة نظر قائلة بأن الاضطرابات العقلية كينونات طبية مميزة . ومن وجهة نظر التحليل النفسي ، يعتقد الأطباء أن هذه الاضطرابات لها جذورها في الصراعات العميقة . بناءً على التفكير الفرويدي ، تعتبر هذه الصراعات نتيجة لكبت الأفكار غير المرغوب فيها ،وكذلك الرغبات والدوافع ، والأمنيات غير المرغوب فيها . على سبيل المثال ، يمكن اعتبار الصراع لدى جوي أن يتأصل في علاقاته مع أمه وأبيه ، ويمكن النظر إلى مزاجه المكتئب على أنه نتيجة للغضب نحوهما ، وتحول بعد ذلك للغضب نحو ذاته .

ربما يؤكد المحللون النفسيون المحدثون – الذين يرون أنفسهم على أنهم موجهون بالفكر ، أو معالجون نفسيون في المجال النفسي الدينامي – على الصراعات البينشخصية الموجودة أو غير المحلولة ، مقارنةً المعالجين النفسيين الفرويديين الذين يركزون على الخبرات أثناء الطفولة المبكرة . على سبيل المثال ، المعالجون النفسيون في المجال النفسي الدينامي قد يرون اكتئاب جوي على لأنه نتاج حزن لم يحل من علاقة خسرها مع شخص مهم مثل الأب أو الأم . المشكلة في هذه الأفكار تتمثل في انه بعدما يزيد على ١٠٠عام من التحليل النفسي ، ليس هناك أي دعم تجريبي لها .

بدلاً من التنقيب عن معلومات في الماضي للكشف عن أي صراعات في العلاقات بين الوالد والطفل والتي من شأنها أن تكون سبباً في المشكلة ، فإن العلاج المعرفي السلوكي يركز بشكل رئيسي على ما هو كائن الآن ، إذ لم يكن الماضي هو السبب الرئيسي في الحاضر .

على سبيل المثال ، التقاعد الحالي لجوي عن العمل ، محاولاته السابقة للتعامل مع الاكتئاب ، وأي أحداث هامة وقعت في والتي ربما أسهمت في الحاضر . ومع ذلك ، فغن العلاج المعرفي السلوكي – على عكس العلاج النفسي الدينامي – يقوم على الفكرة المدركة مسبقاً والمتمثلة في أن اكتئاب جوي يرتبط بصراعات لم تحل مع وأبيه ، أو أمه ، أو أي شخص آخر له صلة به ، أو أن اكتئاب جوي تعبير عن طاقة مراوغة تحولت ضده . بدلاً من ذلك ، فإن العلاج المعرفي السلوكي يأخذ مدخلاً علمياً استكشافياً في محاولة فهم المعاناة الإنسانية . ومن خلال ذلك ، يُنظر إلى المريض على أنه خبير ، لديه القدرة على تغيير المشكلة ، وليس ضحية لا حول له ولا قوة .

من الناحية البيولوجية ، يرى المعـالجون النفسـيون أن الاضـطرابات النفسـية ذات كينونة بيولوجية . يعتقد المؤيدون لهذا المنظور أن الاضطرابات العقلية مرتبطة – ارتباطاً سببياً – بعوامل بيولوجيه خاصة مثل الخلل الوظيفي في مناطق معينـة بـالمخ ، وعدم توازن الناقلات العصبية .

الناقلات العصبية عبارة عن جزيئيات تنقل الإشـارات مـن خليـة عصـبية إلى خلية عصبية أخرى . على سبيل المثال ، السـيروتونين *Serotonin* عبـارة عـن ناقـل عصبي ***Neurotransmitter*** مختص بمشاعر القلق والاكتئـاب . يعتقـد كثـير مـن المعالجين النفسـيين أصـحاب الوجهـة البيولوجيـة أن القصـور في السـيروتونين هـو السبب في العديد من الاضطرابات الانفعالية . من أكثـر المنـاطق بـالمخ التـي لاقـت اهتماماً بحثياً منطقة اللوزة ***Amygdale*** ، وهي عبارة عـن بنـاء صـغير يأخـذ شـكل اللوزة يقع داخل المخ . يحاول بعض الباحثين – من خلال التطورات في التكنولوجيا الجينية – تحديد موضع جينات معينة لها دور بـارز في الإضرابـات النفسـية . يعـترف العلاج المعرفي السلوكي بأهمية البيولوجيا في المشكلات النفسية وفي المعاناة الإنسـانية . ومع ذلك ، فغن إيجاد المادة البيولوجية للشعور لا يفسـر الشعور .

نحن ببساطة نحول السؤال عن أسباب انفعال معين من المستوى النفسـي إلى المستوى البيولوجي . ومع ذلك ، يظل السبب الحقيقي للتوتر الوجداني غير معـروف . هذه الحقيقة يصعب في الغالب قبولها . لتوضيح هذه القضية ، دعنـا نفكـر في مثـال آخر ، ربما يكون أكثر وضوحاً . يمكن أن نعاني من الصداع لأسـباب مختلفـة ، ومـن أمثلة ذلك ، الإفراط في الطعام ، الحرمان من النوم ، انسحاب الكـافيين – قليـل مـن كثير .

الأسبرين عقار مسكن يمكن أن يساعد في كـل هـذه الحـالات . مـن الممكـن القول بان الأسبرين فعّال لأن جسمنا في حاجة إليه ، وأن ألم الصـداع يحـدث نتيجـة بعض أنواع متلازمة قصور الأسبرين ، وإنه إذ لم يحصل جسمنا على الأسبرين بشكل كافي ، فغننا سوف نعاني من الصداع (هذا ليس تلاعب بالكلام) . على نحـو بـديلي ، من الممكن القول بان الأسبرين يعوق إنتاج المادة الهرمونية ، مما يؤدي إلى تأثير مسكن عام (والذي يظهر على أنه ميكانيزم للفعل). قد تشتمل المداخلة البديلة لعلاج نفـس الصداع على مشروب مختلط يسمى *Bloody Mary* ، أو أخـذ سـنةً مـن النـوم (في حالة الحرمان من النوم) ، أو الحصـول عـلى كوبـاً مـن القهـوة الإيطاليـة (في حالـة سحب الكافيين) .

على نحو مشابهة ، يشعر بعض الناس بأنهم أقل اكتئاباً عند تناول العقاقير التي تطيل من فعهل السـيروتونين الطبيعـي ، ومـن أمثلـة هـذه العقـاقير عقـار يسـمى " بـروزاك *Prozac* هـذا العقـار جـزء مـن طبقـة عقاقيريـة يطلـق عليهـا " الكابحـة لامتصاص السيروتونين الانتقائي " كما هـو الحـال بالنسـبة لأسـبرين الصـداع ، لا يمكننا أن نخلص إلى أن الاكتئاب يسببه قصور في السيروتونين . ولكن من الإنصاف القول بأن مستويات الاكتئاب السيروتونين بينها ارتبـاط ، وأن أخـذ العقـار الكـابح لامتصاص السيروتونين الانتقائي من الممكن أن يزيد من معدّل الاكتئاب ومع ذلـك ، من الممكن استخدام طرائـق أخـرى لعـلاج الاكتئـاب لأن أخـذ العقـار الكابحـة لامتصاص السيروتونين الانتقائي ليست هي الطريقة الوحيدة لرفع درجة الاكتئـاب ، كما أن عقار بروزاك "*Prozac*" ليس مفيداً لكل الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب . كما في حالة جوي في مطلع هذا الفصل ، فإن بعض الناس لا يحبون الآثار الجانبية

للعلاج الطبي الدوائي ، أو أنهم يرغبون في التوقف عن أخـذ الأدويـة الطبيـة لأسباب أخرى . الأدبيات التي تدمج بين العلاج الدوائي التقليدي والعلاج المعـرفي السلوكي مخيبة للآمال ، حيث أن العلاج الطبي الدوائي لا يضيف – إلا القليل ربما – إلى العلاج المعرفي السلوكي .

تعلن بعض الدراسات أن إضافة أقراص السكر إلى العلاج المعـرفي السـلوكي أكثر فعالية من دمج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الطبي الـدوائي المضـاد للقلـق (*Barlowetal* , ٢٠٠٠) . السبب الرئيسي في هذه النتائج الغريبة ليس واضحاً تماماً . من الممكن أن التعلم الذي يعتمد على الحالة يلعـب دوراً لأن الـتعلم الـذي يحـدث أثناء العلاج المعرفي السلوكي عندما يكون الفرد تحت تأثير العاملي النفسي الجينـي لـه حالة مختلفة عندما يُطلب من المريض استرجاع هذه المعلومات مقارنة بـالتعلم الـذي يحدث عندما لا يكون المريض تحت تأثير العلاج الطبي الدوائي . هنـاك سـبب آخـر ممكن وهو تـأثير العـزو ***attribution effect*** ، حيـث يعـزو المـريض المكاسـب إلى العلاج الطبي الدوائي النشط ، وأن التوقف عن تناول هذا الدواء الطبي ربما يزيد من توقعاته ، ومن مخاطر الإنتكاسه .

على النقيض ، هناك أدوية تُعطى لمجرد إرضاء المريض ، وتـؤدي بـالمريض إلى أن يعزى المكاسب للعلاج المعرفي السلوكي بمعزز معـرفي ، والـذي يبـدو أنـه ييسرـ التعلم الذي يحدث أثناء العلاج المعرفي السلوكي . منـذ التجربـة الإيجابيـة التـي تـم إجراؤها لدى مرض الفوبيا ، هناك أدلة تجريبية عديدة ، تذكر قصصاً واعده جـديرة بالاعتبار . ومع ذلك ، فإن هدف هذا الكتاب هو تقـديم مـداخل معـاصرة للعـلاج المعرفي السلوكي للعديد من الاضطرابات . سوف نـذكر الاسـتراتيجيات الائتلافيـة بشكل سطحي .

نظرية الإرشاد النفسي والعلاج النفسي:

العملية الإرشادية : يأخذ المرشد النفسي مدخلاً نشطاً ، توجيهياً يدمج في الغالب استراتيجيات حل المشكلات من المتوقع أن العميل يأخذ دوراً نشطاً في العملية الإرشادية بلغة التقسيم من خلال الانخراط في العمليات مثل المراقبة الذاتية والعلاج باكتساب مهارات جديدة وسلوكيات جديدة من خلال العمل والممارسة .

من المفاهيم الخطأ التي تتعلق بالمعالجين السلوكيين هي أنهم يرون العلاقة الإرشادية الإيجابية غير هامة بالنسبة للعملية الإرشادية . ومع ذلك ، يذكر برادى (١٩٨٠) أن طبيعة العلاقة الإرشادية يمكن أن يكون لها تأثير مباشر علي نتائج العلاج السلوكي . بالإضافة إلي ذلك ، وجد سوان &ماكدونالد (١٩٧٨) أن المعالجين السلوكيين قد أعلنوا عن أن إجراءات بناء العلاقة من بين الأكثر استخداماً

أن للعلاج السلوكي أهداف محددة ودقيقة ، تشمل علي اكتساب السلوكيات الضرورية ومهارات المجابهة ، والتغلب علي العمليات المعرفية للهزيمة الذاتية يفترض العملاء – متى كان ذلك ممكناً– مسؤوليات رئيسية لتحديد أهداف العلاج . لذا ، فإن دور المعالج النفسي ووظيفته موجهان نحو كيفية تحقيق الأهداف في العلاج النفسي وليس التركيز علي الأهداف الفعالة.

الأساليب : معظم إجراءات العلاج السلوكي قصيرة المدى في الفترة الزمنية ، علي الرغم من أن بعضها قد يمتد إلي من ٢٥–٥٠ جلسة. يستخدم المعالجون السلوكيون مدى واسع من الإجراءات والأساليب : التعديل المعرفي للسلوك ، الإدارة الذاتية ، والضبط الذاتي فعالية الذات ، المشارك ، التدريب علي التوكيدية ، نزع الحساسة المنظمة ، والاقتصاد الرمزي .

التعديل المعرفي للسلوك : يستخدم التعديل المعرفي للسلوك لدي دونالد ميتشينبوم (١٩٨٦) العديد من الاستراتجيات المفيدة مثل العلاج بالتعليم الذاتى، والتدريب علي مزج الضغوط – العلاج بالتعليم الذاتي شكل من أشكال العلاج بالضبط الذاتي ، يتعلم فيه العملاء استخدام أدوات التحكم في ، وضبط حياتهم . يحدث التغيّير السلوكى " من خلال سلسلة من العمليات الوسيطة ، والتي تنطوي علي تفقاعل الحديث الداخلي ، البناءات المعرفية ، والسلوكيات والنواتج المترتبة عليها.

تشير هذه النظرية إلي أن لدى الناس مجموعة من المعتقدات أو البناءات المعرفية التي تؤثر في كيف يتصرفون ، أو كيف تكون ردود أفعالهم تجاه الأحداث بلغة الحديث الداخلي ، أو الحديث الذاتي إلي حد بعيد ، فإن البناءات المعرفية ، والحديث الداخلي يحددان كيف يتصرف الناس . إن تركيز العلاج النفسي علي إعادة بناء البناءات المعرفية الخطأ ويغيّر الحديث الداخلي بحيث يستثير سلوكيات المجابهة ، وإذا لزم الأمر يستخدم العلاج السلوكي لتدريس استجابات المجابهات .

التدريب علي مزج الضغوط مدخل أخر مفيد يوظف عدداً من الأساليب السلوكية الموفية مثل (إعادة البناء المعرفي ، حل المشكلات ، التدريب علي الاسترخاء ، التدريب السلوكي والتخيلي ، المراقبة الذاتية ، التعزيز الذاتي والجهود في التغيير البيئي.

يمكن أن يُستخدم هذا التدريب لعلاج اضطرابات مختلفة ، إلا أنه مفيد أكثر في علاج القلق . تركز الإجراءات علي مساعدة العملاء في تعلم ميكانيزمات المجابهة التي يمكن أن تستخدم " المزج " أو لحماية أنفسهم من ردود الأفعال المرتبطة

بالضغوط المقدمة المنطقية لهذا المدخل تتمثل في أن العملاء يمكن يتعلموا مجابهة المواقف الضاغطة وتعزيز أداءهم من خلال تعديل المقولات الذاتية التدريب علي مزج الضغوط شامل ، ويحاول أن يذهب إلي أبعد من التخفيف من الأعراض ويُعّلم مهارات يمكن أن تكون مفيدة في الوقاية من المشكلات في المستقبل ، بما في ذلك الانتكاسة تنطوي العملية الفعلية لتطبيق مزج الضغوط علي **ثلاث مراحل** : صياغة المفاهيم اكتساب المهارة والتدريب والتطبيق والمتابعة .

الإدارة الذاتية والضبط الذاتي : كانفر & جولدستين (١٩٨٦) ، باندورا (١٩٨٦) ميتشيبنبوم (١٩٨٦) مرتبطون بإجراءات الإدارة الذاتية والضبط الذاتي ، وهى إجراءات موجهة نحو مساعدة العملاء علي أن يكون مسئولين عن التغيير السلوكى *(Gintner &poref , ١٩٨٧)* في هذه العملية ، يقدم المرشد النفسي- الدعم والخبرة بلغة إدارة السلوك .

أما العميل ، فيتولي مسئولية وتنفيذ البرنامج يمكن استخدام مدى واسع من المهارات لتعزيز الإدارة الذاتية والضبط الذاتي علي سبيل المثال ، يحدد كانفر& جولدستين (١٩٨٦) المهارات في :

(أ) مراقبة الذات

(ب) وضع قواعد السلوك من خلال الاتفاق عليها

(ج) الحصول علي الدعم البيئي

(د) التقيين الذاتي

(و) توليد نواتجه تعزيزية للسلوك تعزز أهداف الضبط الذاتى .

هناك مهارات ضبط أخري تتمثل في الاسترخاء المتدرج لضبط الغضب ، التغذية الراجعة الحيوية لعلاج الاضطراب الجسمية – النفسية ، والتدريب علي التدريس الذاتي للتحكم في الغضب ، الاندفاعية ، ومشكلات المجابهة الأخرى.

فعالية الذات : كما أوضحت قبل ذلك فإن فعالية الذات نظرية طوّرها في الأصل باندورا (١٩٨٩ ١٩٨٦ ,١٩٨٢) ترتبط باعتقاد الفرد في قدرته علي انجاز مهمة معينة فعالية الذات ليست أسلوب سلوكي ، إلا أنها يمكن النظر إليها بشكل أفضل علي أنها مفهوم يجب وصفه في الاعتبار عند تطبيق الأسلوب . يذكر ريم & كونينجهام(١٩٨٥)أن العلاجات التي تعزز التغيير الأكبر في فعالية الذات ينفي أن تكون هي الأكثر فعالية . كما يريان أيضاً أن الفعالية العلاجية ينفي أن تزداد من خلال تعزيز الطرق التي تعزز من معلومات الفعالية للعملاء .

يمكن تحويل معلومات الفعالية للعميل من خلال :

(أ) الأداء الفعلي ، والذي يعتبر المصدر الأقوى للمعلومات .

(ب) التعلم البديلي أو النمذجة .

(ج) الإقناع اللفظي .

(د) الإثارة النفسية .

(*Bandura et al* . ١٩٨٢) لقد أجريت العديد من البحوث علي فعالية الذات ، والتى أوضحت أن فعالية الذات تتنبأ بالعديد من السلوكيات مثل الاكتئاب ، توقف العلاج ، الاستشفاء من النوبات القلبية ،الأداء الرياضي ، والنجاح في برامج التخسيس.

يناءً علي مراجعة الأديبان عن فعالية الذات خلص جونسون ورفاتـه (١٩٨٩) إلي أنه "عبر المجالات السلوكية المتنوعة ، فإن فعالية الذات تنشأ بالفروق في الدرجـة التى يحتاج عندها الناس السلوكيات المسـتهدفة ، ويقـدمونها ، وينجحـون في أدائهـا . (P. ٢٠٦)

نمذجة المشارك : تقوم نمذجة المشارك علي نظرية التعلم الاجتماعـي لبانـدورا (١٩٨٩ . ١٩٨٦ .١٩٧٧) التي تؤكد علي دور الملاحظة والمحاكاة في التعلم . وهذه النظرية تستخدم في الأساس لعلاج المخاوف المرضية ، والمخاوف بوجه عام . تنطوي نمذجة المشارك علي مرحلتين : الملاحظـة ، والمشـاركة . أثنـاء مرحلـة الملاحظـات ، يلاحظ العميل نموذجاً ينخرط في سلوك الخوف (مثلاً : يلاعب أو يلاطـف كلبـاً) تشيراً البحوث إلي أن الفعالية تزداد عندما يكون النموذج مشابه للعميل بلغـة السـن والجنس والأسلوب الذي يقترب به النموذج من المهمة المخيفة. أمـا المرحلـة الثانيـة فتنطوي علي مشاركة العميل في السلوك المخيف أثناء هـذه العمليـة ، يوجّـه المرشـد النفسي العميل خلال سلسلة من التدريبات المرتبطة بالمهمة المخيفة .

تدريب التوكيدية : يمكن أن يكون التـدريب عـلي التوكيديـة مفيـداً للعمـلاء الـذين يجـدون صـعوبة في المطالبـة بحقـوقهم ، أو غـير القـادرين عـلي التغيـير عـن مشاعرهم بأسلوب بنائي . يصف ريـم & كونينجهـام (١٩٨٥) الخطـوات التاليـة لمتضمنه في التدريب علي التوكيدية .

أولاً : يحدد المعالج والعميل ما إذا كانت هناك حاجة للتدريب علي التوكيدية .

ثانياً : يصف المعالج كيف أن زيادة التوكيدية قد يكون مفيداً الخطوة الثالثـة ، وهـي الأكثر أهمية وتنطوى علي عملية التدريب السلوكى ، والتى خلالها يقوم

المعالج بنمذجة السلوك التوكيدي ، ثم يطلب من العميل إعادة السلوك التوكيدي وفي النهاية يقدم التغذية الراجعة والتعزيز المناسب .

نزع الحساسة المنظمة : نزع الحساسة المنظمة أسلوب طّور وولب (١٩٥٨, ١٩٧٣) لعلاج المشكلات الناتجة من الاشتراط الكلاسيكي مثل المخاوف المرضية . كما أستخدم أيضاً في علاج العديد من السلوكيات اللاتكيفية الأخرى ، بما في ذلك المخاوف المفرطة بشأن قضايا مثل الموت ، الإصابة ، أو الحبس.

يمكن استخدام الخطوات التالية لتطبيق هذا الأسلوب :

١- **درّس الاسترخاء العميق** : يستفيد نزع الحساسة المنظمة من مبدأ الاشتراط المعاكس من خلال تقديم استجابة الاسترخاء لتحل محل الاستجابة الشرطية السابقة المعاكسة . لذا ، فإن العميل يتعلم المرور بخبرة حالة من الاسترخاء العميق عند ما يصف المعالج المشهد الإسترخائي .

٢- **نمّي الهرمية** : يقوم المعالج والعميل بتنمية سلسلة هرمية من المواقف التى تظهر استجابة الخوف . الموقف الذي يظهر المستوى الأدنى من القلق هو الموضوع الأول في السلسلة الهرمية ، والمواقف الذي يظهر المستوى الأعلى من القلق هو الأخير من المهم أن تكون العبارات واضحة بحيث يستطيع العميل تخيل الموقف . مثال علي ذلك " صعدت إلي علي السلالم إلي الدور الرابع ونظرت من النافذة " .

٣- **تقدّم من خلال السلسلة الهرمية** : يساعد المعالج العميل علي الدخول في حالة من الاسترخاء العميق . ثم يسأل المعالج العميل تخيل الموضوع الأول في السلسلة ومن خلال تقديم استجابة الاسترخاء للموقف الذي أظهر من قبل

استجابة الخوف يساعد المعالج النفسي العميل علي أن يصبح منزوع الحساسة من خلال عملية الاشتراط المعاكس .

٤- **خاطب الخوف في المواقف الحقيقية** : هذه الخطوة تنطوى علي نزع الحساسة من العميل في المواقف الحقيقية من الحياة . مثلاً ، إذا كان العميل لدية مخاوف مرضية من الثعبان ، فإن موضوع في السلسلة الهرمية قد يتمثل في تخيل النظر الي ثعبان أثناء الخبرة الحقيقية . سوف يُطلب من العميل النظر إلي الثعبان حقيقي .

٥- **التقييم والمتابعة** : الخطوة الأخيرة هي تقييم نجاح العميل في التعامل مع استجابة الخوف في العديد من المواقف خلال فترة زمنية ممتدة .

الاقتصاد الرمزى : طوّر آيلون & آرزين (١٩٦٨) أسلوب الاقتصاد الرمزي لتعليم المرضي النفسيين تحمل المسئولية هذا الأسلوب – الذي استخدم في البداية في المستشفيات وأماكن الإيواء والمدارس – يقوم علي مبادئ الاشتراط الإجرائي وينطوى علي إعطاء رموز لتعزيز السلوكيات المرغوب فيها مثل تنظيف المرء لحجرته بعد تجمع عدد من الرموز يمكن أن يستبدلها العملاء ببضائع أو بأي ميزات مثل **القدرة علي مشاهدة التلفاز لزيادة الدافعية الداخلية ، لابد أن إزالة الرموز تدريجياً واستبدالها بمعززات اجتماعية مثل التشجيع ، لتمكين العملاء من الحفاظ علي السلوكيات المكتسبة حديثاً بعد مغادرة مكان العلاج.**

الخلاصة والتقييم

يركز العلاج السلوكي علي السلوك الصريح تؤكد العملية الإرشادية علي أهمية إنجاز أهداف واضحة مذكورة في مصطلحات سلوكية يظهر التقدم في العلاج النفسي عندما يكون هناك تغيير أر تعديل لي السلوك يُنظر الي العلاج والتقييم كجزء من نفس العملية ، حيث يخلقان ميكاينزمًا مبنيًا للبحوث والمسئولية التربوية .

استنتج إميلكامب (١٩٩٤) في تلخيصه للبحوث عن العلاج السلوكي أنه كان مفيدًا وفعالًا في علاج عدد من الاضطرابات الفعلية وهموم العميل، على سبيل المثال: اضطرب القلق مثل المخاوف المرضية، اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، القلق العام، اضطراب الوسواس القهري.

الكجولات (بما في ذلك علاج التناول المضبوط للمسكرات)

الاضطرابات الجنسية (الإرشاد السلوكي مفيد في علاج الخلل الوظيفي الجنسي مثل سرعة القذف، عدم الشعور بهزة الجماع، ولكنه غير مفيد في علاج الافتضاحية)

هناك بعض نقاط الضعف في المدخل السلوكي مثل مراعاته الأهمية المشاعر والوجدانيات في العملية الإرشادية، كما أنه يميل إلي تجاهل العوامل التاريخية التي يمكن أن تسهم في مشكلة العميل والتقليل من استخدام التبصر في العملية الإرشادية.

المراجع

١. إجلال سرى(١٩٩٠) ، علم النفس العلاجي، القاهرة، الانجلو مصرية.

٢. أحمد عكاشة (١٩٨٢)الطب النفسي المعاصر، القاهرة، ط ١ مكتبة الانجلو المصرية.

٣. أسماء عبد الله عطيه(٢٠٠٩) ،الإرشاد السلوكي والمعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال ط ١،مؤسسة موريس الدولية، للنشر والتوزيع الإسكندرية

٤. إسماعيل علوي، بن عيسي زغبوب(٢٠٠٩) ، العلاج النفسي المعرفي ٢٠٠٩ ط ١ عالم الكتب الحديث النشر والتوزيع إربد الأردن.

٥. بيك، آرون، ترجمة عادل مصطفى وغسان يعقوب (٢٠٠٠) العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت

٦. الشناوي محمد محروس، وعبد الرحمن محمد السيد(١٩٩٨)العلاج السلوكي الحديث دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.

٧. فيصل محمد خير الزراد،(٢٠٠٥) ،" العلاج النفسي السلوكي"ط١ ، دار العلم للملايين لبنان.

٨. عبد الرحمن العيسوى (٢٠٨٨)علم النفس الطبي والوقائي، دار الفكر الجامعي.السكندرية،

٩. علا فرغلى (٢٠٠٩م)، العلاج السلوكي المعرفي، النهضة المصرية، القاهرة.

١٠. محمد محروس الشناوي(١٩٩٤)نظريات الإرشاد والعلاج النفسي دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١١. لويس كامل (١٩٩٠) ،العلاج السلوكي والتعديل السلوكي، دار القلم للنشر والوزيع، الكويت.

الفصل الخامس

العملية العامة للعلاج المعرفي السلوكي

تعتمد الاستراتيجيات النوعية على المشكلة الرئيسية على الرغم من أن هذه الاستراتيجيات موجهة نحو اضطرابات معينة، إلا أنها تظهر عددًا من القواسم المشتركة فيما يتعلق بالعملية العامة. **هذه القواسم المشتركة نعرض لها كما يأتي:-**

تحقيق علاقة علاجية جيدة :

التفاعلات الموجبة بين المعالج النفسي والمريض ينبع من العلاقة التشاركية .بوجه عام ينبغي أن يكون سلوك المعالج النفسي- أمينًا، ودافئًا. لا ينبغي اعتبار المريض لا حول له ولا قوة، ولا ينبغي اعتباره سلبيًا، ولكن ما ينبغي هو اعتباره خبير بمشكلاته الشخصية لذا، يشترك المرضى بنشاط وفعالية في عملية العلاج على سبيل المثال، يشجع المعالج النفسي المرضى على صياغة، واختبار فروض معينة من أجل الحصول على فهم أفضل عن العالم الحقيقي، وعن مشكلاتهم أيضًا. ينصب التركيز أثناء العلاج على حل المشكلات.

يتمثل دور المعالج النفسي- في العمل مع المريض على إيجاد حلول تكيفية للمشكلات القابلة للحل. كل خطوة من خطوات العلاج النفسي واضحة، ولها ما يبررها. يشجع المعالج النفسي المرضى على طرح أسئلة لضمان أنهم يفهمون المدخل العلاجي ويتفقون معه.

إن الدور الأساسي الأول للمعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي نشط جدًا. ينبغي أن يُعلِّم المعالج النفسي المرضى عن المبادئ الأساسية لهذا المدخل العلاجي، بالإضافة إلى ذلك ،غالباً ما يجد المعالجون النفسيون أن المرضى بحاجة إلى

توجيه شديد في بداية مراحل العلاج النفسي لمساعدتهم على التحديد أو التعرف الناجح على المفاهيم الخطأ، والأفكار الآلية ذات الصلة.كلما تقدمت عملية العلاج، من المتوقع أن يصبح المريض أكثر نشاطًا في العلاج.

يقوم المعالج النفسي الماهر في العلاج المعرفي السلوكي بتعزيز استقلالية المريض، وفى الوقت نفسه يكون هو على وعى بالحاجة المستمرة للدعم والتعليم أثناء بدء المريض في تطبيق مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي على صعوباتهم أو مشكلاتهم.

التركيز على المشكلة

العلاج المعرفي السلوكي عملية كل للمشكلات، وتشتمل هذه العملية على توضيح حالة المشكلة الحالية، وتحديد الهدف المرغوب فيه، وإيجاد الوسائل المعينة للوصول إلى الهدف. لذا، يناقش المعالج النفسي والمريض أهداف العلاج النفسي في بداية العلاج، بما في ذلك تحديد نوع التدخلات التي يفترض استخدامها للوصول إلى الأهداف، وتصور النواتج القابلة للملاحظة التي تشير إلى أن كل هدف قد تم تحقيقه. إن صياغة حالة العلاج المعرفي السلوكي من الممكن أن تيسر هذه الخطوة.

الهدف من التقييم الذي يقوم على الصياغة هو تحديد المعتقدات الرئيسية التي تقف خلف المفاهيم الخطأ، والأفكار الآلية ذات الصلة من أجل التدخل الفعال أثناء العلاج ضمن خلال عملية الحد من المشكلة، يقوم المعالج النفسي، والمريض بعد ذلك بتحديد المشكلات التي لها نفس الأسباب ووضعها جميعًا في مجموعة واحدة. متى تم تحديد المشكلة الرئيسية، يقوم المعالج النفسي بتجزئتها إلى مشكلات من مكونات من أجل التغلب عليها في حالة معينة. يقوم المعالج النفسي بشكل متكرر

باستخراج التغذية الراجعة من المريض خلال العلاج لضمان أن جهود حل المشكلات في الهدف، مع الأهداف المحددة.

التعرف على الحالات اللاتكيفية

متى تعرف المرضى على مشكلاتهم وأهدافهم من العلاج، يقوم المعالجون النفسيون بتشجيعهم على الوعي بأفكارهم وعمليات التفكير لديهم .كما أوضحنا في الفصل الأول، يتم تقسيم المعارف عامة إلى أفكار آلية سالبة ومعتقدات سالبة (أحيانًا يطلق عليها أيضًا المعتقدات المختلفة وظيفيًا أو اللاعقلانية). الأفكار الآلية السالبة عبارة عن أفكار أو أخيلة تحدث في موقف معين عندما يشعر الفرد بأنه مهدد بطريقة أو بأخرى.

وعلى الجانب الأخر ،فإن المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية عبارات عن افتراضات يصنعها الفرد عن العالم، والمستقبل، ونفسه هذه المعتقدات الرئيسية العامة تقدم مخططًا يحدد الكيفية التي قد يفسر بها الفرد موقفًا معينًا كما هو الحال مع الأفكار الآلية، فإن المعالج النفسي يمكن أن يحدد المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية من خلال عملية الاستجواب الموجه.

تحدى المعارف اللاتكيفية :

بمعالجة المعارف اللاتكيفية كفروض ،يأخذ المرضى دور الملاحظين، العلماء، أو المستكشفين، وليس دور الضحية لمشاكلهم. لكي ما يتم تحدى هذه الأفكار، يناقش المعالج النفسي والمريض الدليل على، أو ضد افتراض معين محل خلاف، وينخرطان معًا في ما يسميه بيك الحوار السقراطي. يمكن أن يحدث ذلك بطرائق عديدة، من خلال استخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمرضى، التقييم التجريبي للموقف، تقييم نواتج الموقف، وإعطاء المرضى الفرصة لاختبار فروضهم

بعرضها على الأنشطة أو المواقف المخيفة أو التي يجب تجنبها.

في البداية، يطلب من المرضى في الغالب توليد بدائل عقلانية لاستجاباتهم اللاعقلانية للموقف المتحدى، وعندما يكتسب المرضى هذه المهارة، فإنه يتم تشجيعهم على استخدام مهارتهم قبل وأثناء المواقف الصعبة.

بالإضافة إلى ذلك، مع وجود الطبيعية الآلية للأفكار السالبة، فإن إعادة البنية لهذه الأفكار بشكل متكرر ومستمر مطلوب قبل تحدى الأفكار. ومن المقترض أن بمزيد من الممارسة، يصبح التفكير آليًا وأكثر دقة.

اختبار صحة الأفكار :

متى تم التعرف على الأفكار اللاعقلانية، وتم تحديها ،عندئذ يطلب من المرضى اختبار المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية التي كانوا يعتنقونها في الماضي، ومن خلال مواجهة المثيرات (المواقف، الأحاسيس الجسمية، الأخيلة، الأنشطة) التي تستثير الانفعالات السالبة (القلق، الخبرة،الإحساس بالذنب)، فإن لدى المرضى الفرصة لإجراء تجارب ميزانية لدراسة صحة افتراضاتهم.

استبدال المعارف اللاتكيفية بأخرى تكيفية واستخراج التغذية الراجعة أحد أصعب الخطوات في العلاج المعرفي السلوكي هو استبدال المعارف اللاتكيفية بمعارف أخرى تكيفية. ويرجع ذلك إلى أن العادات مثل الأفكار الآلية يمكن أن تقاوم وبشدة التغيير. ليس مد أهداف العلاج المعرفي السلوكي إظهار للمريض أن أفكاره سخيفة، ولا يهدف أيضًا إلى تعليهم أساليب التفكير الايجابي. بدلًا من ذلك فإن الهدف هو اختبار فروض المريض، وإذا كانت هذه الفروض غير صادقة، يعد لها

من أجل أن يحصل المريض على منظور واقعي عن العالم الحقيقي. الاختبارات المباشرة من خلال التجارب السلوكية تقدم التغذية الراجعة الضرورية لاستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى عقلانية.

فئات المعارف اللاتكيفية:

من الممكن أن تؤدى المعرف اللاتكيفية إلى تشويه الحقيقة لأنها تؤدى إلى سوء فهم للموقف والمبالغة فيه. في الفصل الأول، حددنا نوعين عامين من أنماط التفكير اللاتكيفى: الإفراط في تقدير الاحتمالية *Probability overestimation* (الإفراط في تقدير احتمالية حدث غير سار ، أو غير محتمل أصلاً)، والتفكير الكوارثى *Catastrophic Thinking* (توقع حدوث كارثة بسبب حدث غير سار، على الرغم من أنه ليس بكوارثى). هذان النمطان من أنماط التفكير غالبًا ما يؤديان إلى عدد من الأفكار الآلية (*Burns, ١٩٨٠*) .

هذه القائمة ليست كاملة، وليس من الضروري مناقشة كل فئة مع المريض في العلاج النفسي، على الرغم من أن البروكولات العلاجية السابقة كانت تفعل ذلك .بدلاً من ذلك ،فإن الغرض من هذه القائمة هو تزويد القارئ بأمثلة عن بعض الأفكار اللاتكيفية التي يمكن مواجهتها في العلاج النفسي. لتوضيح كل خطأ، يتم إعطاء مثال بسيط عن شخص يعانى من قلق التحدث أمام الآخرين.

التفكير الأبيض والأسود :

هذه المعرفة اللاتكيفية تقسم الحقيقة إلى فئتين مميزتين .فكل شيء ينظر إليه على أنه إما أسود (سيئ)، أو أبيض (جيد)، ولا وجود لأي ظل رمادي.على سبيل المثال، إذ لم يكن الأداء الاجتماعي لشخص ما جيد تمامًا، فإن هذا الموقف يفسر على أنه فشل ذريع.

□

الشخصنة:

تؤخذ الأحداث السالبة بشكل شخص. على سبيل المثـال، لـو أن شـخص مـا تثاءب، فإن المتحدث قد يستنتج أن الجميع قد شعور بالملل. ومع ذلـك ،قـد يتثـاءب المرء لأنه لم يأخذ القسط الكافي من النوم الليلة السابقة.

التركيز على السلبيات :

يركز المرء عـلى التفاصـيل السـالبة، ويتجاهـل الجانـب الايجـابي للموقـف أو الحدث، وكنتيجة لذلك، يصبح إدراك الحقيقة سودوى، مثل قطرة الحـبر التـي تغـير اللون الأبيض للماء. على سبيل المثال،يركز المتحدث بشكل مبالغ فيه عـلى الشـخص الذي يتثاءب في الاجتماع، بالإضافة إلى أي مظهر سلبي آخر للموقف والـذي يؤكـد على الاعتقاد بأن الحضور قد شعروا جميعًا بالملل القاتل.

عدم أهلية الإيجابيات:

يتغافل الشخص عن المظاهر الإيجابية للموقف على سبيل المثال، حتى لو بـدا كثير من الحضور متشوقين للحديث، فإن المتحدث لا يـزال يركـز عـلى الفـرد الـذي يتثاءب.

الخلوص السريع للاستنتاجات:

يستخلص الفرد تفسيرًا سلبيًا من حدث ما، على الرغم من عدم وجـود دليـل قوى يدعم ذلك على سبيل المثال، ربما يتوقع المتحـدث أن العـرض مصـيبة، ويكـون على قناعة بأن هذا التنبؤ حقيقة مؤكدة .يعـرف هـذا بــ "خطـأ العـراف *Fortune teller error*".

هناك تعبير آخر عن هذا الخطأ يحدث في حالة عندما يعتقد المتحدث أن رد فعل المستمع نحو المتحدث سوف يكون سلبيًا على الرغم من عدم وجود دليل واضح على هذا الاقتراض، وهذا ما يسمى أيضاً ب "خطأ قراءة التفكير ." *"Mind Reading Error"*

توقع السيئ:

على نحو مشابه، فإن توقع الكارثة يحدث عندما يخرج المرء الأشياء عن نطاقها الطبيعي. على سبيل المثال، ربما يعتقد المتحدث نظرًا لسوء أداءه في العمل ذات مرة أن رئيسه في العمل سوف يطرده من العمل، وهذا يعنى أن حياته العملية سوف تنتهي.

الإفراط في التصميم:

يرى المتحدث حدثًا سالبًا على أنه لا نهائي على سبيل المثال، قد يعتمد المتحدث أن العرض السيئ، وأن عليه أن يغير مجرى حياته المهنية.

الاستدلال الانفعالي:

هذا الخطأ هام على وجه الخصوص في فهم علة استمرار المعارف اللاتكيفية والاضطرابات النفسية ومقاومتها للتغير. يحدث هذا الخطأ عندما يفسر المرء استجابة انفعالية لفكرة ما كدليل على صحة هذه الفكرة وصدقها لذا، إذاً، تسببت فكرة ما (القلق بشأن عدم التوظيف مثلًا) في التوتر إذاً، فإن الشخص الذي ينخرط في الاستدلال الانفعالي يستخدم التوتر كدليل على أن لديه ما يبرر القلق بشأن خسارته لوظيفته.

هذه الفئات تعمل كواصفات عامة. إن مناقشة هذه الأمثلة مع المريض تساعد على توضيح أن المعارف اللاتكيفية العينية لدى المريض ليست فريدة، وأن كثيرًا من الناس يمرون بها.

الفئات العامة للعلاج المعرفي السلوكي:

يستخدم العلاج المعرفي السلوكي استراتيجيات متنوعة لاستهداف المكونات المختلفة لنموذج العلاج المعرفي السلوكي. تشتمل الاستراتيجيات على تعديل الانتباه، وتعديل الموقف لتغيير المثيرات المثيرة. إعادة البناء المعرفي أحد الاستراتيجيات الرئيسية تستخدم لتعديل الأفكار أو المخططات اللاتكيفية. استراتيجيات التوسط –التي تشتمل على توسط الحب – العطف- يمكن أن تكون استراتيجيات لتنظيم الانفعالي مفيدة، ومن خلالها يمكن المساعدة في إعادة البناء المعرفي.

أما إجراءات التنشيط السلوكي، والتعديل السلوكي موجهة يشكل مباشر نحو المكونات السلوكية للاستجابة .الانفعالية. على نحو مشابه، فإن الاسترخاء، وإعادة التدريب على التنفس يمكن تطبيقها لتعديل الأعراض الجسمية المصاحبة للإمراض النفسية. كما أن الميل للتجنب يمكن أن يلعب دوراً هامًا في الإبقاء على الاضطراب النفسي، علاوة على ذلك، فإن استراتيجيات التقبل والتعرض يمكن أن تستهدف –مباشرة –سلوكيات التجنب الخبراتى، أو سلوكيات التجنب الصريح، ولذا تتداخل مع حلقة التغذية الراجعة الموجبة التي تؤدى إلى الإبقاء على الاضطراب.

□

تعديل الموقف والانتباه :

يمكن التعامل مع الاستجابة لموقف ما، أو حدث ما بتعديل الموقف أو الحدث المسئول عن إحداث التوتر. على سبيل المثال، يمكن تقليل التوتر في العمل، أو إزالته من خلال إعادة بناء العمل، أو من خلال التوقف عن العمل تمامًا. على نحو مشابه، فإن المشكلات الزوجية يمكن حلها من خلال تحسين العلاقة، أو النزوع إلى الطلاق.

من الممكن التركيز على المظاهر الأقل توترًا للحدث أو الموقف، والتركيز على المظاهر السارة والممتعة، لذا يتم تغيير الخبرة العامة للحدث أو الموقف.

إعادة البناء المعرفي :

العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي هو إعادة البناء المعرفي للمخططات. المخططات عبارة عن المعتقدات الرئيسية عن العالم، والذات، والمستقبل. هذه المخططات المعرفية تحدد التقييم المعرفي لموقف ما، أو حدث. على سبيل المثال، الفتاه التي واجهت العديد من العلاقات البينشخصية غير الثابتة والضارة في الماضي من المحتمل أن تفكر في أن الشخص الذي التقى بها مؤخرًا يقضي معها بعض الوقت وفقط. إن الخبرات المتكررة مثل هذه يمكن أن تعوق العلاقة، وتؤدي إلى توقع الحدوث بشكل تلقائي.

في العلاج المعرفي السلوكي، يتم معالجة التقييمات اللاتكيفية على أنها فروض قد تكون صحيحة أو غير صحيحة. ولكي ما يستكشف المرضى صدق هذه الأفكار، فإنهم يأخذون دور الملاحظ، أو العالم، أو المستكشف، وليس دور الضحية لهذه الأفكار. ولكي ما تتم دراسة صدق المعارف اللاتكيفية، فإنه يتم استخدام مصادر مختلفة للمعلومات.

على سبيل المثال، ربما يناقش المعالج النفسي- والمريض الدليل على، أو ضد افتراض معين محل خلاف ، وينخرطون فيما يسميه بيك الحوار السقراطي. يحث هذا من خلال استخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمريض، والتقييم التجريبي للموقف ونتائجه. هناك طريقة أخرى لفحص صدق التفكي، ويمكن تحقيقها بتشجيع المرضى على الاختبار المباشر لفروضهم من خلال التجارب السلوكية، مع أساليب التعرض. كما أوضحنا في الفصل الأول، فإن أنواع المعارف اللاتكيفية تبين فروقًا جديرة بالاعتبار بين الاضطرابات ويمكن تصنيفها عمومًا إلى مفاهيم خطأ ترجع إلى التقدير الخاطئ أو المبالغ فيه للاحتمالية. وهو خطأ معرفي يحدث عندما يبالغ المرء في النواتج السالبة لموقف ما.

المخططات عبارة عن معتقدات شاملة، تستثير أفكار لا تكيفية معينة . على سبيل المثال، قد يكون لدى مرضى الاكتئاب المخطط التالي: "ليس لي أي قيمة "، كلما قد يرى مرضى القلق العلام على أنه مكان خطير. يمكن التعبير عن المخططات أيضًا في شكل المعارف عن المعارف. الحالة وثيقة الصلة بالموضوع هي حالة اضطراب القلق العام. فالأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق العام يشعرون بالقلق المفرط بشان عدد من الأشياء مثل حياتهم المالية، والمستقبل، والصحة.

أما ما وراء المعارف اللاتكيفية، فقد تكون معتقدات بشأن الوظيفة الممكنة لهذا القلق. على سبيل المثال، قد يعتقد بعض الناس أن القلق بشأن موقف غير مرغوب فيه يقلل من احتمالية وقوع هذا الموقف أو حدوثه في المستقبل. يمكن تسليم ما وراء المعارف هذه إلى الطريقة التي نتعامل بها مع القلق ونماذج التفكير اللاتكيفي الأخرى.

من الاستراتيجيات الفعالة للتعرف على المخططات اللاتكيفية أسلوب السهم النازل *downward arrow technique* (*Greenberger & padasky, ١٩٩٥*): يبدأ هذا النموذج بالتعرف على التفكير الآلي.

ومع ذلك، بدلًا من مناقشة هذا التفكير أو هذه الفكرة، يتم تشجيع المريض على تعميق مستوى التأثير لديه، واستكشاف هذا التفكير بأمثلة مثل: " ماذا يعني لو أن هذا التفكير صحيح ؟"، وهذا بدورة سوف يؤدي إلى ظهور افتراض شرطي مستوى من المعرفة يأخذ شكل "لو... إذا" . هذه "القواعد" تحدد الظروف والنتيجة الانفعالية المختلة وظيفيًا.

بوجه عام فإن هذه القواعد لها وجود على الأقل عند المستوى الأدنى من الوعي، بحيث نادرًا ما يكون المريض قادرًا على التفكير فيها. في هذه الحالات، يقوم المعالج النفسي بالكشف عن نوع القاعدة الانفعالية التي تبدو أنها تحدث مرة أخرى في صعوبات المريض ومشاكله. قد تشترك بعض المواقف في نفس المظاهر، وتسبب استجابات انفعالية مشابهة؛ وهذا يعني في الغالب أن القواعد المتشابهة تعمل عبر هذه المواقف. من الممكن أن يقوم المعالج النفسي في البادية بذكر القاعدة، ثم يكون هناك جهد تشاركي لتعديل كلمات الافتراض الشرطي.

وفي أوقات أخرى، قد يكون المرضى على وعي بمعتقداتهم الشرطية، وسوف تكون لديهم القدرة على ذكر القاعدة التي تبدو على أنها تحكم استجابات الانفعالية والسلوكية للمواقف.

بالمقارنة مع القواعد الشرطية، فإن المعتقدات الرئيسية تمثل وجهات نظر متطرفة – من جانب واحد عن الذات، وعن الآخرين، وعن العالم. فالمعتقدات الرئيسية – كما هو مفترض – عبارة عن وجهات نظر متطرفة – تكونت نتيجة للخبرات السابقة. أما عن محتواها، فيتباين لدى كل فرد، ولكن من الأهمية بمكان التأكيد على أن المعتقدات الرئيسية طرائق لفهم العالم ، وهي معتقدات عقلانية في الظروف التي نشأت فيها.

الشيء الأكثر أهمية في التعرف على المعتقدات الرئيسية يتمثل في شرح هذه المفاهيم في العلاج النفسي . يشجع المعالج النفسي المرضى على رؤية أفكارهم الآلية على أنها ثمرات شيء ما يؤثر بعمق في تفسيراتهم للأحداث مع الوقت. كما ينبغي تقديم الأساس المنطقي (التعليم السابق) حيث أنه هام للمريض من أجل أن يفهم أن معتقداته الرئيسية السالبة ليست عشوائية، أو عرضية، ولكنها نتائج خبرات سابقة يمكن فهمها.

المعتقدات الرئيسية غالبًا ما تأخذ شكل عبارات مثل: "أنا فاشل"، "أنا شخص غير مرغوب فيه"، "أنا في خطر دائم". عادة ما يمر المرضى بمشاعر جديرة بالاعتبار عن تعرضهم لمعتقداتهم الرئيسية، وتذرف أعنيهم، وينتابهم الحزن ، والقلق . وهذه عادةً علامة على أن نوع بارز من التجهيز قد حدث. يمكن تطبيق العديد من الأساليب المستخدمة لتغيير الأفكار الآلية (مثل: دراسة أو فحص الاضطرابات، جمع الأدلة) على مستويات أعمق من المعرفة، على الرغم من أن تغيير المعتقدات سوف يستغرق وقتاً أطول ويحتاج إلى جهد أكبر من تغيير التفكير الآلي السلبي.

بالإضافة إلى هذه الأساليب، هناك ثلاث عمليات أخرى تساعد في تغيير المعتقدات الرئيسية. أولًا: لابد أن يكون لدى المرضى قصة تتعلق بنمو هذه المعتقدات. ثانيًا، يحتاج المرضى رؤية هذه الخبرات بموضوعية، وبشكل منظومي، ويعترفون بأنهم تعلموا شيئًا ما سلبيًا، ومدمر بشكل كبير. ثالثاً،من الأهمية بمكانة أحياء الأمل بأن أنواع المعتقدات هذه يمكن "إعادة تعلمها" بمساعدة من الاستراتيجيات التي يتم تعلمها في العلاج النفسي.

متى أعترف المرضى بالحاجة لتغيير المعتقدات الرئيسية، يمكن عندئذ تشجيعهم على إبداع معتقدات رئيسية بديلة، كما فعلوا ذلك بالنسبة للأفكار الآلية البديلة والافتراضات الشرطية. متى تم التعرف على وتحديد المعتقدات البديلة، يتم عندئذ تشجيع المريض على جمع الأدلة عن المعتقدات الرئيسية القديمة، والمعتقدات الرئيسية البديلة الأكُثر تكيفًا.

وهذا بدوره يشجع المريض على رؤية الخبرات اللاحقة من خلال فلتر (مرشّح) جديد ويقيم هذين النوعين من المعتقدات ليتعرف على أيهما يناسب حالته الراهنة.

الجلسات التي تركز على المعارف العميقة أقل بنية من الجلسات السابقة، لأنها –من ناحية– تغطي مجالات أكثر للحياة، وليس لها تسجيل للأفكار كموضوع واحد. قد تشتمل المناقشات على التأمل في أحداث الحياة السابقة،مع التركيز على صرامة افتراضات شرطية معينة ، واستكشاف معتقدات رئيسية، ولكن تسير بشكل سلس بين هذه النقاط. وفي الوقت نفسه، يحتاج المعالجون النفسيون إلى الانتباه إلى الفرص التي تتعلق بتطبيق العديد من التدريبات مثل: السهم النازل، سجل الأحداث الموجبة ، وصفحات عملية للمعتقدات الرئيسية *(Beck, ١٩٧٩)* .

□

التأمل :

العلاج النفسي القـائم عـلى التأمـل *Mindfulness – based therapy*– مثـل العلاج المعرفي السلوكي القائم على التأمل *(Segal ,et al , ٢٠٠٢)*، وتقليل الضغوط القائم على التأمل *(Zabat – zinn, ١٩٩٤)* – جميعها أصـبحت أشـكالًا شـائعة مـن أشـكال العــلاج في العــلاج النفـــسي المعــاصر *(baer, ٢٠٠٣, hayes, ٢٠٠٤, hofman, ٢٠١٠)* . التأمل –*mindfulness*– كما يستخدم في الأدبيات المعـاصرة – يشير إلى حالة عقلية تتسم بالوعي اللاحكمي بخبرات اللحظة الحاليـة، بـما في ذلـك أحاسيس المرء، وأفكاره، وحالاته الجسمية، ووعيه، وبيئته، وتشجع على الانفتاحيـة، وحـــب الاســتطلاع ، والتقبــل *(bishop et al, ٢٠٠٤, kabat-zinn, ٢٠٠٣, Melbourne, ٢٠٠٦)* .

يميز بيشوب ورفاقه *Bishop et al (٢٠٠٤)* بين مكونين من مكونات التأمـل: ينطوي أحدهما على التنظيم الذاتي للانتباه، وينطوي الآخر على التوجه نحـو اللحظـة الحالية التي تتسم بحب الاستطلاع، والانفتاحية، والتقبل.

تشير الأدبيات الحديثة إلى أن العلاج النفسي القائم عـلى التأمـل تـدخل فعـال ومفيد في التقليل من الحالات النفسية السالبة، مثـل الضـغوط، القلـق، والاكتئـاب *(Hofman, ٢٠٠٢)*. هـذا الاسـتعراض للأدبيـات حـدد ٣٩ دراسـة أجريـت عـلى ١.١٤٠ مفحوصًا تلقوا العلاج النفسـي القائم على التأمل لمدى واسع من الحالات، اشتملت على السـرطان، اضطراب القلق العام، الاكتئاب، وحـالات نفسـية وطبيـة أخرى. تشير تقديرات حجم التأثير أن العلاج القائم عـلى التأمـل تصـحبه تـأثيرات قوية لتحسين أعراض القلق والمزاج لدى مرضى اضطرابات القلق والمزاج.

بالإضافة إلى ذلك، كان حجم التأثير قويًا وغير مرتبط بعدد جلسات العـلاج، أو سنة النشر. تشير هذه النتائج إلى أن العلاج القائم على التأمل تدخل واعد في علاج مشكلات القلق والمزاج لدى المرضى. كما أن هناك شكل آخـر مـن أشـكال ممارسـة التأمل له قيمة عالية كأداة للعلاج النفسـي ألا وهو التأمل بالحب والعطـف *loving-kindness meditation*.

في ممارسة التأمل هذه، يعقد الأفراد النية للمرور بخـبرة الانفعـالات الموجبـة أثناء التأمل نفسه، وأيضًا في حياتهم كلها، ويتمثل الهـدف مـن ذلـك في الـتعلم عـن طبيعة عقل الفرد وتفكيره، والاستغناء عن الافتراضات الخطأ التـي تتعلـق بمصـادر سعادة الفرد *(Dalai lama & Culter, ١٩٩٨)*. هـذه الخـبرات بـدورها يمكـن أن تحوّل وجهة النظر الرئيسية للمرء عن نفسه في علاقته بالآخرين، وتزيد من التعاطف العام. هذا الأسلوب الخاص من التأمل مفيد تحديـدًا في عـلاج الغضـب، العـدوان، والصراع البينشخصي.

التقبل:

أساليب التقبل استراتيجيات هامة لتقَبـل والخضـوع للعـلاج النفسيـ؛ وهـي شكل جديد مـن أشـكال العـلاج النفسيـ ترجـع جـذورها إلى التحليـل السـلوكي *(hayes, ٢٠٠٤)* على الرغم من أن التقبل والخضوع للعلاج النفسـي *acceptance and commitment therapy* معاكس للنموذج المعرفي، إلا أن استراتيجيات التقبل متناغمة مع العلاج المعرفي السلوكي *(Hofman &Asmund son, ٢٠٠٨)*.

الأهداف العامة للتقبل والخضوع للعلاج النفسي تتمثل في تعزيز تقبل الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها، واستثارة النزعة للسلوك والتي تسهم في تحسين الظروف المعيشية. بشكل أكثر تحديدًا، فإن الهدف من التقبل والخضوع للعلاج النفسي هو تثبيط التجنب الخبراتي *Experiential avoidance*، والذي يعني عدم الرغبة في اختبار، أو المرور بخبرة المشاعر السالبة، الأحاسيس الجسمية السالبة، والأفكار السالبة. يمكن اعتبار استراتيجيات التقبل أساليب تُستخدم لتُضاد استراتيجيات التنظيم الانفعالي الذي يقوم على الاستجابة اللاتكيفية، مثل الكبت *SUPPRESSION* .

يشجع المعالج النفسي المرضى على احتضان الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها. مثل القلق، الألم، والإحساس بالذنب كبدائل للتجنب الخبراتي. والهدف من ذلك هو وضع نهاية للكفاح مع الأفكار والمشاعر غير المرغوب فيها بدون محاولة تغييرها أو إزالتها.

إعادة التدريب على التنفس:

ارتبط فرط التنفس *hyperventilation* بعدد من الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، في عام ١٩٢٩، اُستخدم فرط التنفس لتفسير متلازمة داكوستا *Dacosta,s*، أو "متلازمة القلب سريع التهيج *irritable heart syndrome*" الذي أضعف الجنود في الحرب الأهلية الأمريكية.

على نحو مشابه، فإن فرط التنفس أُفترض أنه يفسر "الوهن في الدورة العصبية *Neuro circulatory asthenia*". أو "متلازمة الجهد*effort syndrome*" في عام ١٩٣٨ *(Roth et al, ٢٠٠٥)*. منذ ذلك الوقت، أصبحت تدريبات التنفس مكونات

شائعة للعديد من التدخلات النفسية؛ خصوصًا في علاج اضطرابات القلق مثل اضطراب الهلع *panic disorder* .

التعديل السلوكي :

إن المشاعر الشخصية، السلوكيات، والأعراض الجسمية تؤثر في بعضها البعض بشكل ثنائي الاتجاه. على سبيل المثال، تؤثر الخبرة الشخصية في التنشيط الجسمي، والسلوكيات، وأيضا فإن التنشيط الجسمي والسلوكيات تؤثر في الخبرة الشخصية . لذا ، فإن تغيرات في التنشيط الجسمي والخبرة الشخصية .

إن تعديل السلوك هو قلب علم النفس، وهذا هو السبب الأذى جعل العديد من علماء النفس يطلقون على أنفسهم علماء النفس السلوكيين. على عكس الخبرة الشخصية، والأعراض الجسمية، من السهل نسبيًا التحكم في السلوك مباشرةً. بالإضافة إلى ذلك، فإن سبل الاضطرابات النفسية التي يذكرها هذا الكتاب تتأثر – بشكل دال– بالسلوكيات اللاتكيفية المصاحبة لها، كما أن تعزيز السلوكيات التكيفية، وتثبيط السلوكيات اللاتكيفية له تأثير مباشر ودال على المشكلة.

إن تأثير السلوك على التنشيط الجسمي واضح، في حين تأثير السلوك على الخبرة الشخصية قليل، كما أن الأدلة عليه قليلة أيضًا. ومع ذلك، هناك على سبيل المثال طريقة قوية لتغيير الاكتئاب ، وهي التنشيط السلوكي *Behavioral activation* – بمعنى آخر، إن إعطاء تعليمات لمريض الاكتئاب أن يكون نشطًا، وأن ينخرط في أنشطة أو تدريبات سارة، وأن يقاوم الميل للبقاء في السرير، وعزل نفسه طريقة قوية لمقاومة الاكتئاب من خلال وقف الدورة الفاسدة بين عدم التنشيط (الكسل) السلوكي، والأعراض الشخصية، والفسيولوجية للاكتئاب.

على نحو مشابه، يمكن معالجة مشكلات نفسية أخرى – بفعالية –من خلال التصرف كما لو لم يكن للمشكلة النفسية وجود أصلًا.

الاسترخاء

لقد كانت استراتيجيات الاسترخاء هي التدخل الشائع لمدى واسع من المشكلات النفسية، بما في ذلك القلق ، والاضطرابات المرتبطة بالضغوط. ومع ذلك، أظهرت الدراسات التجريبية جيدة التصميم، ونتائج المعالجة أن العلاج النفسي بالاسترخاء ليس إستراتيجية فعالة لعلاج الاضطرابات النفسية مع بعض الاستثناءات (اضطرابات النوم، واضطرابات القلق العام).

العلاج النفسي بالاسترخاء قد يكون مضاد للعلاج النفسي وذلك لبعض الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، مرضى اضطراب الهلع من المحتمل أن ينمّو نوبات هلع نتيجة لممارسة الاسترخاء لأن بعض المرضى يركزون على أعراضهم الجسمية، وهذا يمكن أن يستثير –عن غير قصد– نوبات. هذه النوبات الهلعية التي تستميل الاسترخاء يمكن استخدامها في العلاج كإجراء تحدي إذا ما تم تطوير استراتيجيات أخرى لمواجهة والتحكم في الأعراض الجسمية بطريقة أكثر تكيفية. ومع ذلك، بدون هذه الاستراتيجيات، فإن الاسترخاء كإستراتيجية تدخل وحيدة تأتي بنتائج معاكسة، وتصبح غير فعالة لمشكلات أخرى عديدة. قد يبدو هذا مثيراً للدهشة خاصة مع علمنا بفعالية إعادة التدريب على التنفس لاضطراب الهلع، والذي يشتمل على عنصر الاسترخاء. الفرق الحاسم هو عنصر إعادة التدريب على التنفس، وهو عنصر غير موجود في الأساليب البسيطة للاسترخاء، والذي ربما يشجع المرأة على التركيز على الصورة السارة، وعلى شد واسترخاء العضلات.

تجدر الإشارة إلى أنه أي علاجات معقولة تم تطويرها بغرض إفادة المريض من المحتمل أنها تفيد عدد قليل من المرضى، ويرجع ذلك إلى تأثير إرضاء المريض. بمعنى آخر، يتحسن بعض المرضى فقط لأنهم يتلقون تدخلًا يعتقدون أنـه يفيـدهم. بعـض التجارب العيادية –مثلها في ذلك من تجارب الأدوية التي تستخدم في الغالب أقراص السكر كحالة ضابطة لإرضاء المريض– التي تفحص فعالية العلاج النفسي، تستخدم اسـتراتيجيات الاسـترخاء كحالـة ضـابط ينـتج عنهـا تـأثيرات قويـة. *(Smitry& Hofman, ٢٠٠٩)*.

التعرّض

في علاج اضطرابات الخوف والقلق ، فإن التعرض هو المكون الضروري. إذ لم يكن المكون الأكثر أهمية في العلاج المعرفي السلوكي، إلا أن الميكـانيزم الـدقيق الـذي يعمل من خلاله التعرض يبقى غير معروف. يشـير التعـرض إلى التعـرض المسـتمر، والمتكرر للمثـيرات المخيفـة، أو التـي تـم تجنبهـا في المـاضي في وجـود كـل أسـاليب استراتيجيات التجنب (إشـارات وسـلوك الأمـان). مـن المحتمـل أن تحـدث هـذه التغيرات إذا كانت إلماعات الخوف الداخلية والسياقات الهامة الأخرى منتجة بشكل منظومي، وإذا كانت نتيجة الموقف الاجتماعي إيجابية بشكل غير متوقـع، لأنهـا تجـبر الفرد على إعادة تقييم التهديد الحقيقي للموقف.

هذه العملية تشترك في العديد من المتشابهات مع تعلم التمييز لدى الحيوانات، والإنسان، ويُنظر إليها عـلى أنهـا المسـئولة –بشـكل أسـاسي– عـن العـلاج النفسي بالتعرّض منذ بداية الدراسات التجريبية في علم الـنفس ، إلى المجـال المعـاصر لعلـم الأعصاب *(Watson & rayner, ١٩٢٠, Myers& davis, ٢٠٠٢)*.

تفترض نظريات التعلم المعاصر للانطفاء أن الاشتراط يحدث عندما يكّون المشاركون تمثيلات للإلماعات ذات الصلة (المثيرات الشرطية، والمثيرات غير الشرطية)، والسياقات الموقفية، وعندما يكتسبون معلومات عن الارتباط بين هذه الإلماعات والمواقف (*Myers& Davis,* ٢٠٠٢). هذه الارتباطات من الممكن أن تكون مثيرة (تنشيط تمثيل معين، ينشط تمثيلاً آخر)، أو كابحة (تنشط تمثيل معين يكبح تنشيط تمثيل آخر).

إن اكتساب الاستراتيجيات الشرطية يفسره تكوين الارتباط المثير بين التمثيلات الخاصة بالمثيرات الشرطية، والمثيرات غير الشرطية. يتم تنشيط تمثيل المثير غير الشرطي بشكل غير مباشر من خلال ارتباطه بتمثيل المثير الشرطي، الذي بدورة يستثير الاستجابة الشرطية. يُفترض أن الانطفاء يتقدم خلال ميكانزمات متعددة والتي تشتمل أيضًا على تعلم جديد يكبح الارتباط المثير بين المثير الشرطي والمثير غير الشرطي.

يقوم المشارك –كجزء من هذا الشكل الجديد من التعلم– بتغيير احتمالية المثير الشرطي والمثير غير الشرطي بالطريقة التي لم يعد المثير الشرطي فيها يسجّل أي حدث بغيض ومن خلاله يكبح التعبير عن استجابة الخوف.

التعرض لدى البشر مفيد على الأقل للأسباب الآتية:

١. التعرض يسمح بالتعرف على واختبار المعارف اللاتكيفية، واختبار دقتها.

٢. **التعرض يغيّر من الخبرة الانفعالية:** التعرض المتكرر والمطّول أثناء مقاومة الحاجة الملّحة للانخراط في أي سلوكيات تعّدل من الخبرة سوف ينتج عنه تقليل للانفعال غير السار

٣. **التعرض يعزز من الشعور بـالتحكم**: نقـص الـتحكم يـؤدي إلى التـوتر. وعلى النقيض، فإن التعرض يعطي الفـرد فرصـة الـتحكم في الموقـف وفي لاستجابة الانفعالية له. عندما يبدأ الفـرد في تعلـم طـرق جديـدة لمجابهـة الموقف أو الحدث ومـا يصـاحبه مـن انفعـال، فـإن الشـعور بـالتحكم في الانفعال والمثيرات سوف تزداد أيضًـا. هنـاك مصـطلح يـرتبط بـالتحكم الذاتي *Self – Control*، وهو فعالية الذات *Self – Efficacy* والـذي يعنـي شـعور الفـرد بالكفـاءة في الـتحكم في الموقـف وإتقانـه .(*Bandura*, ١٩٧٧)

المراجع

١. *Adams, J. R., & Drake, R. E. (٢٠٠٦).Shared decision-making and evidence-based practice.Community Mental Health Journal، ٤٢، ٨٧-١٠٥.*

٢. *American Psychological Association.(٢٠١١). Task Force on Serious Mental Illness andSerious Emotional Disturbance. Retrieved February ١٠, ٢٠١٢, from www.apa.org*

٣. *Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (٢٠٠٦). Stages of recovery instrument: Developmentof a measure of recovery from serious mental illness. Australian and NewZealand Journal of Psychiatry, ٤٠, ٩٧٢–٩٨٠.*

٤. *Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (٢٠٠٣). The experience of recovery from schizophrenia:Towards an empirically validated stage model. Australian and New ZealandJournal of Psychiatry, ٣٧, ٥٨٦–٥٩٤.*

٥. *Anthony, W. A. (١٩٩٣). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mentalhealth service system in the ١٩٩٠s. Psychosocial Rehabilitation Journal, ١٦, ١١–٢٣.*

٦. *Anthony, W. A. (٢٠٠٠). A recovery-oriented service system: Setting some system levelstandards. Psychiatric Rehabilitation Journal, ٢٤, ١٥٩–١٦٧.*

٧. *Bach, P., & Hayes, S. C. (٢٠٠٢). The use of acceptance and commitment therapy toprevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial.Journal of Consulting and Clinical Psychology, ٧٠, ١١٢٩–١١٣٩.*

٨. *Bateman, A., & Fonagy, P. (٢٠٠١). Treatment of borderline personality disorderwith psychoanalytically oriented partial hospitalization: An ١٨-month followup.American Journal of Psychiatry, ١٥٨, ٣٦–٤٢.*

٩. *Bateman, A., & Fonagy, P. (١٩٩٩). Effectiveness of partial hospitalization in the treatmentof borderline personality disorder: A randomized controlled trial. AmericanJournal of Psychiatry, ١٥٦, ١٥٦٣–١٥٦٩.*

١٠. *Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., Parker,S., & Bentall, R. P. (٢٠٠٤).Cognitive therapy for the prevention of psychosis in peopleat ultra-high risk. British Journal of Psychiatry, ١٨٥, ٢٩١–٢٩٧.*

١١. *Morrison, A. P., French, P., Parker, S., Roberts, M., Stevens, H., Bentall, R. P., & Lewis,W. S. (٢٠٠٧).Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitivetherapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. SchizophreniaBulletin, ٣٣, ٦٨٢–٦٨٧.*

١٢. *Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., ... &Herz, M. I. (٢٠٠٢). Illness management and recovery: A review of the research. PsychiatricServices, ٥٣, ١٢٧٢–١٢٨٤.*

١٣. *Mueser, K., Meyer, P., Penn, D., Clancy, R., Clancy, D., & Salyers, M. (٢٠٠٦). The IllnessManagement and Recovery Program: Rationale, development, and preliminaryfindings. Schizophrenia Bulletin, s٣٢, ٥٣٢–٥٤٣.*

١٤. *Munetz, M. R., & Frese, F. J. (٢٠٠١).Getting ready for recovery: Reconcilingmandatory treatment with the recovery vision.Psychiatric Rehabilitation Journal, ٢٥, ٣٥–٤٢.*

الفصل السادس

العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي لدي الأطفال.

التجنب

التجنب احد آليات البقاء المصممة لحمايتنا من الخطر. إذا كنت قد أصيبت بالتسمم الغذائي من قطعة سليمة من الأسماك على ما يبدو، فقد لا تأكل السمك مرة أخرى! يمكنك تجنب الأسماك. أو إذا كنت قد اصطحبت طفلك إلى حديقة حيث حدث أذى لطفلك بسبب الأرجوحة لأن الصدأ كان يعلوها، فسوف تختار حدائق أخرى في المرة القادمة. يمكنك تجنب تلك الحديقة "الصدئة". فالتجنب يساعد في حمايتنا.

ولكن ماذا لو لم يكن هناك خطر؟ ماذا لو بدا أن طفلك يتجنب المواقع أو الأنشطة أو الأشخاص الآمنين تمامًا؟ يعتبر تجنب السلوك سلوكًا شائعًا عند حدوث القلق وتعليم طفلك كيفية التعامل مع المدخل بدلًا من تجنبه أداة مهمة. فكر في الأفكار التالية لتعليم طفلك لماذا نريد أن نتعلم كيفية التعامل مع المواقف بدلًا من تجنبها.

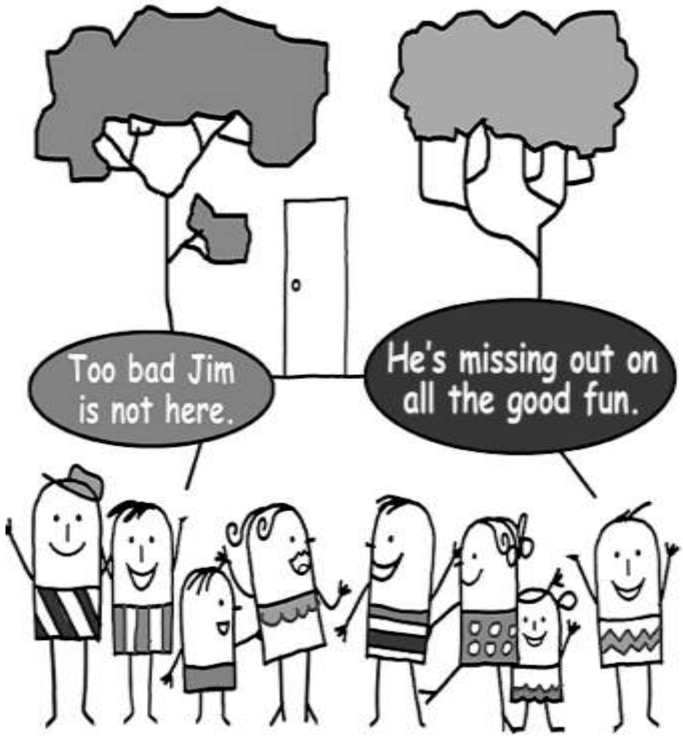
المحادثة: ابدأ بتحديد موقف عندما يكون طفلك أو شخص تعرفه قد واجهوا موقفًا تجنبوه ولم تكن النتيجة جيدة. إن وجود شخص مألوف مفيد جدًا لطفلك. إذا كنت لا تستطيع التفكير في مثال شخصي، فغالبًا ما توجد أمثلة في كتب القصص أو الأفلام حيث تتجنب الشخصية الرئيسية قول الحقيقة وتنتهي القصة بنتيجة أسوأ مما لو كان قد تعامل مع الموقف في المقام الأول. تساعد هذه الأمثلة الطفل على فهم أنه ليس الوحيد في استخدام التجنب ومع ذلك ، فإنه يعلم أيضًا أن التجنب ثمنه غالى، وبالتالي فهو ليس حلًا طويل الأجل.

"تذكر عندما لم يذهب احمد إلى الإسطبل لبضعة أيام لأنه ظن أنه بحاجة للمذاكرة من أجل الامتحان؟ لكن، كان حصانه مصابًا بنزلة برد، ولأنه توقف عن رؤية حصانه، لم يلاحظ أحد انه مريض؟ على الرغم من أن أحمد شعر بالرضا في الأيام القليلة الأولى من عدم ذهابه، إلا أنه سرعان ما بدأ يشعر بالذنب، وعندما وصل في نهاية المطاف إلى الإسطبل و رأى الحصان مريضًا، شعر بالحزن، والذنب والخجل. لقد زاد هذا الأمر سوءًا عندما غير معلمه الاختبار إلى اختبار شفهي. نحن نسمي ذلك تجنب الموقف بدلًا من التعامل معه. هل لاحظت مؤخرًا أن ما يقلقك يجعلك تتجنب بعض الأشياء؟ على الرغم من أننا عندما نتجنب لأول مرة، فقد نشعر بتحسن، وبعد فترة يمكن أن يصبح الموقف أكثر صعوبة، وفي نهاية المطاف عندما يتعين علينا التعامل مع هذا الوضع، فمن الممكن أن يشعر بالفزع. هل يمكنك التفكير في أمثلة أخرى؟




يبدو انها مبارة كرة قدم
سخيفة و انا انا اذهب اليها





النشاط:

ستحتاج أنت وطفلك إلى ورقة وقلم. امسك قطعة الورق لأعلى بـالطول، أو على شكل اتجاه عمودي، وقـم بطيهـا إلى النصـف. الآن افـتح الورقـة لأعـلى وعـلى الجانب الأيمن أطلب من طفلك كتابة كل الأشياء التي تجعله قلقًـا عنـدما يتجنبهـا، مثل البكاء، والجلوس في المنزل بمفرده، والبقاء في المنزل، والشعور بالخوف، الشعور بالملل، إلخ ثم اقلب الصفحة وعلى الجانب الخلفي، وأيضًا العمود الأيمن، هـل قـام طفلك بكتابة قائمة بجميع الأشياء التي تجعله يتجنبها، مثل الذهاب إلى المدرسة،

والنوم في سريره، وممارسة الرياضة، تكوين صداقات جديـدة، ومـا إلى ذلـك، ثم قم بطي الصفحة مرة أخرى إلى النصف مع تغطية القائمة الأولى بالقائمـة الثانيـة. ساعد طفلك على ملاحظة كيف تحجـب قائمـة السـلوكيات والمشـاعر القائمـة عـلى تجنب الأنشطة الترفيهية التي تفوته إذا تجنبها.

تسمية الفتوة

القلق هو الفتوة. يمكن أن يستأسد بطرق بسيطة ...

أنت ستفشل
الظلام يخيم على هذا المكان. لا تذهب وحدك
صوتك حاد ، يبدو انك خائف

بطرق كبيرة ...

المدرسة مكان خطير. ابق في المنزل أفضـل لـك. في الواقـع، اطلـب مـن والدتك أن تعلمك في المنزل.

بصفتك والد أو مقدم الرعاية لطفل يشعر بالقلق، فأنت تعـرف الطـرق التـي يستأسد بها القلق على طفلـك. يمكـن أن تكـون هـذه رسـائل ذهنيـة مليئـة بتوجيـه الخوف، أو المطالب عليك، كوالد / مقدم الرعاية، مثل تقديم الطمأنينة أو تغيير

جدولك الزمني لتهدئة طفلك. علاوة على ذلك، يمكن لقلق طفلك أن يبقيه مستيقظًا لفترة طويلة بعد وقت النوم، أو "مريضًا" من المدرسة بأعراض غامضة، أو يخشى الانخراط في أنشطة روتينية.

ومع ذلك، بالنسبة للعديد من الأطفال، فإن محاربة شيء مجهول الهوية يمكن أن يكون مرهقًا. لحسن الحظ، وجد الخبراء أن إعطاء القلق هوية يمكن أن يساعدك أنت وطفلك على معرفة الشلاء الذي تحاربه ، ويمكن أن يعطي طفلك شعورًا بالشجاعة. إن البدء في الحديث عن القلق ككينونة يشعرك بالارتياح. وعندما نشعر بالارتياح ، من الصعب أن نشعر بالقلق.

نصائح

١. ضع في اعتبارك شخصيات من قصص أو أفلام أو حتى أشخاص قد تعرفهم لإلهام اسم لقلق طفلك.

٢. شجع طفلك على اختيار اسم وهوية شخصية يمكن هزيمتها. الشخصيات التي لا تقهر قد تترك طفلك يشعر بهزيمة في الأيام التي يكون فيها القلق شديدًا.

٣. بالنسبة للأطفال الصغار، يمكنهم رسم صورة أو رسمها وتعليقها في مكان ما في المنزل حتى تعرف العائلة بأكملها من تحارب. قد يرغب طفلك في إنشاء بطاقات تداول، أو عمل تمثال طيني يصور القلق. اسمح له بتدفق الإبداع.

٤. على الرغم من أن بعض الآباء ومقدمي الرعايـة يشـعرون بـالقلق مـن أن نقـل القلق إلى الخارج يمكن أن يدفع أطفالهم إلى استخدامه كذريعة لأشياء أخـرى، مثل الدرجات الضعيفة أو الفوضى ، فان ذلك يحدث بشكل غير متكرر. معظم الأطفال يجيدون تحمل المسؤولية عن تصرفاتهم وإلقاء اللوم على القلق فقط.

٥. بمجرد أن يكون للقلق اسم وهوية، شجع طفلك والأسرة بأكملها على البدء في استخدامه. فمثلًا،

لا أستطيع أن أصدق أن ..... يخيفك و يقلق نومك. يا له من مستأسد!